Onzième année N° 1 5 Janvier 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

VŒUX POUR LA NOUVELLE ANNÉE

Chers lecteurs,

Je viens vous adresser les souhaits que je forme pour votre prospérité en cette année 1889, qui peut, en ses trois cent soixante-cinq jours, renfermer tant de graves événements.

Souhaitons qu'elle soit pacifique et qu'elle permette à tous les hommes de bonne volonté d'exposer les produits de leur industrie et leurs travaux en tous genres, au grand bénéfice de la richesse et de la puissance de notre pays.

Vous avez décidé, à notre Assemblée de novembre, que vous provoqueriez un *Congrès professionnel*. Ce n'est pas à la légère que la proposition en a été faite.

La situation n'est pas la même qu'il y a 43 ans. En 1845 le corps médical était émietté, sans aucune cohésion.

Aujourd'hui, au contraire, l'*Association générale* compte 8000 membres ; le *Concours médical* et les *Syndicats* plus de 5000 ; les autres *Sociétés médicales* sont assez nombreuses et diverses pour qu'on puisse affirmer qu'aucun médecin ne vit plus isolé.

Il suffit, en conséquence, de se concerter au sein de ces diverses associations, pour décider que dans un congrès de 3 ou 4 jours on s'entendra sur quelques questions essentielles.

Il en est trois qu'on peut aborder, avec chances de les résoudre.

1° Organisation de l'*Assistance publique.* Les médecins peuvent formuler, en Congrès, les conditions auxquelles ils sont prêts à s'associer à cette œuvre d'intérêt social.

2° *Assurance contre la maladie.* — Les médecins peuvent l'établir en adoptant la proposition que j'ai ainsi formulée :

« L'Association générale est une société de secours mutuels. Elle doit faire l'acte essentiel des sociétés de secours et délivrer à tous ses membres l'*indemnité journalière en cas de maladie*.. »

Je suis certain de prouver qu'avec une cotisation modique, l'Association générale peut payer une indemnité de maladie de 10 fr. par jour.

3° Le congrès de 1889 doit prendre les mesures convenables pour obtenir la *Revision de la législation médicale*,— pour faire prévaloir les mesures *d'hygiène publique* — et obtenir l'organisation d'une *direction de la santé publique.*

Ce programme est suffisant ; une séance peut, d'ailleurs, être consacrée aux propositions accessoires.

S'il est rempli à la satisfaction du corps médical, la date de 1889 comptera, comme celle de 1845, parmi les plus mémorables.

Veuillez en conséquence, chers lecteurs, prêter à mes collaborateurs dévoués et à leur directeur, tout votre appui. L'indifférence, en matière d'intérêts professionnels n'est permise à personne.

Le médecin, parvenu à se créer une bonne situation de clientèle ou de fortune, est peu digne

d'estime s'il se désintéresse du sort de ceux auxquels il a prodigué, du bout des lèvres seulement, le nom de *confrère*.

Efforçons-nous donc d'établir parmi nous la confraternité véritable ; elle est contagieuse, comme celle du bien.

C'est donc la seule contagion de la confraternité dont je souhaite que vous soyez atteints en cette nouvelle année, qui, je l'espère, sera heureuse pour tous les membres du *Concours médical* et pour tous les adhérents à ses diverses œuvres. A. Cézilly.

A nos souhaits, chers confrères, nous sommes heureux de joindre ceux que contient à votre adresse la lettre suivante de Mme veuve F.

Monsieur le Directeur,

Quand vous éprouvez de la lassitude ou quelque déboire, pensez, je vous prie, au bien que vous m'avez fait, aux sympathies, aux efforts confraternels que vous avez suscités autour de mon bien-aimé mari ; puis aux secours qui sont venus par vous tous, au pauvre petit orphelin.

Que cette pensée vous soit douce... Elle est pleine aussi de promesses, car mes vœux appellent sur vous et sur ceux que vous aimez la santé et la joie.

Ne pouvant faire entendre ma voix à tous ceux qui m'ont exprimé leur sympathie, je dépose ici pour eux mes vœux et l'expression de ma reconnaisssance, et je souhaite au cher « Concours » bonnes et fructueuses années !

Recevez, etc.

Erquy, 25 décembre 1888.

Société de protection des victimes du devoir médical.

La Société de protection a déjà reçu diverses souscriptions d'un chiffre élevé, notamment celle du *ministère du commerce* de *cinq cents francs* qu'elle doit à l'obligeante intervention de M. *Nicolas*, Conseiller d'Etat, membre du comité de patronage. Nous nous faisons un plaisir de reproduire dans le premier numéro de l'année celle qui est obtenue par M. *Henri Monod*, un des vice-présidents de l'œuvre.

Paris, le 28 décembre 1888.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que M. le Président du conseil, *Ministre de l'Intérieur*, a bien voulu, sur ma proposition, accorder une subvention extraordinaire de *deux mille francs* (2000 fr.) à la Société de protection des victimes du devoir médical.

Cette subvention sera ordonnancée directement au nom de M. Chastaing, trésorier de la société, qui recevra dans quelques jours avis de l'époque à laquelle il pourra faire retirer dans les bureaux du Ministère le mandat sur le vu duquel lui sera payée au Trésor la somme allouée.

Agréez, monsieur, l'assurance de ma haute considération,

Le directeur de l'Assistance publique,
Signé : Monod.

Monsieur Cézilly, secrétaire du comité de patronage de la Société de protection des victimes du devoir médical, 22, rue de Dunkerque, Paris.

LA SEMAINE MÉDICALE

Recherches sur l'anesthésie hystérique (1).

M. A. *Binet* a poursuivi de curieuses *recherches sur l'anesthésie hystérique*. L'excitation d'une région anesthésique, quoique n'étant pas perçue par le sujet sous la forme d'une sensation tactile ou musculaire, détermine l'image visuelle de la région excitée : cette image visuelle peut être recueillie sur un écran qu'on prie le sujet de regarder fixement ; elle dure aussi longtemps que l'excitation qui la produit.

La piqûre de la région anesthésique détermine sur l'écran l'apparition d'un point sombre ou éclairé ; une ligne, un dessin quelconque, tracés avec une pointe de compas sur la peau insensible, produisent sur l'écran le même dessin en lignes de couleur.

Les images visuelles provoquées ne sont jamais attribuées à l'excitation de son membre anesthésique par le sujet qui ne se doute pas des expériences qu'on pratique sur sa sensibilité et ne cesse pas de croire à son anesthésie.

Traitement prophylactique et curatif du choléra (2).

M. *Duboué* (de Pau) a lu à l'Académie de médecine un travail relatif aux indications à suivre dans le *traitement prophylactique et curatif du choléra*. Les expériences qui ont conduit MM. Gamaleia et Ferran à chercher un vaccin anticholérique, ne peuvent aboutir au résultat qu'ils espèrent. La raison de cette impossibilité provient de ce que les auteurs, en injectant des matières cholériques sous la peau, n'ont pu donner le choléra aux animaux, le vrai choléra ne pouvant, suivant M. Duboué, se contracter que par les voies respiratoires. Le bacille de Koch exige, pour se développer, un milieu alcalin et oxygéné, une température de 37° à 38°, conditions qui ne sont remplies que par le sang rouge. Ce bacille subit par contre un arrêt de développement à la température de 40° qui est celle du sang veineux.

Le syndrôme cholérique se manifeste après l'absorption du bacille par les voies respiratoires et la pénétration dans le sang artériel, plutôt qu'après la pénétration de l'agent pathogène dans le système veineux, en suivant les voies digestives.

Tous les agents capables d'empêcher la dissociation des cellules épithéliales (nitrate d'argent, sulfate de cuivre, tannin) peuvent jouer un rôle utile dans le traitement prophylactique du choléra. Une fois la circulation interrompue, au déclin de la période algide, par suite de la vacuité complète des vaisseaux à sang rouge et de l'immobilité du sang dans les canaux à sang noir, il n'y a qu'une indication urgente à remplir dans le choléra, elle consiste à rétablir au plus tôt la circulation. Ce résultat peut être obtenu par l'injection d'eau dans les veines ou dans la trachée après trachéocentèse ou par la submersion totale du sujet dans de l'eau à la température du corps et durant deux à trois minutes.

(1) Académie des Sciences, 25 décembre.
(2) 26 décembre 1888.

MÉDECINE PRATIQUE

L'examen microscopique des crachats au point de vue clinique.

On raconte que dans un concours d'agrégation, Lasègue, examinant les titres de divers candidats, disait en faveur de l'un d'eux : « Nommons celui-là ; ce sera un *médecin du pouls et de la langue.* » Le mot est bien caractéristique de celui qui l'a prononcé et caractérise aussi une époque de transition où les représentants de l'ancienne médecine se sont trouvés quelque peu effrayés par l'introduction des méthodes dites du laboratoire dans les procédés d'examen des malades.

Le clinicien de la Pitié était bien loin d'être un esprit rétrograde, cependant il accueillit avec défiance les applications des instruments de précision à la médecine. Il admettait le thermomètre, mais critiquait le sphygmographe et, s'il acceptait l'utilité du microscope, il n'était pas encore très affirmatif au sujet des services que pouvait rendre la bactériologie. C'est qu'il connaissait si bien tout le parti qu'on peut tirer de l'examen du malade avec ses cinq sens, sans le secours des instruments, — à la condition d'y joindre le sixième, le bon sens. On lira toujours avec profit les pages qu'il a écrites sur la séméiologie clinique et le mot que je citais tout-à-l'heure est particulièrement significatif pour celui qui se souvient de telle étude sur les indications que fournit au diagnostic et au pronostic l'étude attentive de la langue.

Si quelque chose justifie le scepticisme de Lasègue relativement aux services que les applications des méthodes de laboratoire ont rendus à la médecine, c'est la constatation d'un fait avoué par les partisans les plus convaincus de ces méthodes ; la confiance excessive qu'elles ont inspirée aux jeunes générations a eu pour conséquence regrettable un délaissement — passager, il faut l'espérer — de certaines acquisitions qui ont fait la gloire de la clinique française. « On n'ausculte plus depuis la découverte du bacille de Koch, on ne saura bientôt plus ausculter, » ai-je souvent entendu dire à mon maître M. le professeur Grancher, qui constatait, en interrogeant des étudiants déjà avancés dans leurs études, leur inexpérience dans l'auscultation des tuberculeux.

Beaucoup de jeunes gens, entendant répéter que la présence du bacille dans les crachats dispensait de tout autre recherche pour diagnostiquer la phthisie, n'ont plus pris d'intérêt à l'étude des signes stéthoscopiques délicats sur lesquels on basait non seulement le diagnostic de l'existence de la tuberculose pulmonaire, mais l'appréciation de la rapidité de sa marche et les indications pronostiques et thérapeutiques.

L'exemple de M. Grancher est pourtant significatif : certes, sa compétence en micrographie et en bactériologie est indiscutée ; mais il a toujours protesté contre la tendance de certains médecins à ramener le diagnostic de la phthisie à la recherche du bacille ; il a consacré de nombreuses années à perfectionner l'examen stéthoscopique, et en combinant la percussion, la palpation et l'auscultation, il est arrivé à rendre souvent possible le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à une période de son évolution où la bactériologie ne peut encore rendre aucun service, mais où la thérapeutique est presque toute puissante.

Avec lui donc et avec les plus sages parmi nos maîtres, il faut admettre que la micrographie appliquée à la clinique n'est un progrès que si elle n'absorbe pas exclusivement l'attention des nouvelles générations médicales et ne leur fait pas négliger les précieuses acquisitions de l'ancienne médecine.

Ces réflexions viennent de m'être suggérées par la lecture d'un livre récemment paru et très digne d'intérêt.

Un joli volume, publié par M. G. Hunter Mackenzie (d'Edimbourg), traduit et annoté par le Dr Léon-Petit et précédé d'une préface par le professeur Grancher est intitulé : LE CRACHAT *dans ses rapports avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de la gorge et des poumons.* C'est une excellente idée qu'a eue notre confrère parisien de faire cette traduction et son inspiration n'a pas été moins heureuse de demander une préface à M. Grancher, puisqu'il a fourni à celui-ci l'occasion de manifester l'opinion sage à laquelle je faisais allusion précédemment.

« Nous avons connu, en France, dit M. Grancher la fin d'une période que la médecine a traversée de 1830 à 1860, et qu'on pourrait appeler « période clinique », où l'examen des crachats occupait dans la symptomatologie une place importante. Il n'était pas de petit fait, de petit détail, en apparence insignifiant, sur la couleur, la consistance, le nombre, l'odeur, etc... des crachats qui n'eût sa signification diagnostique et pronostique, et les ouvrages classiques consacraient d'importants chapitres à l'étude séméiologique des crachats.

L'anatomie pathologique microscopique, qui semblait, à priori, devoir augmenter encore l'importance de l'examen des crachats, ne donna pas de ce côté ce que quelques-uns espéraient. La présence des fibres élastiques, de quelques cristaux caractéristiques constatée par le microscope, compensa à peine la désillusion que fit naître l'incertitude du diagnostic basé sur le seul examen microscopique des crachats. Cellules épithéliales, mucus, cellules de sang et de pus, corps étrangers de toute provenance, reconnus au microscope, apprennent au médecin moins de choses que la vue d'un crachoir, et pour beaucoup de raisons l'examen macroscopique est ici supérieur à l'examen microscopique. De sorte que, tandis que l'étude histologique des sédiments urinaires devenait, au moins pour un temps, la base d'une classification des néphrites et prenait momentanément le pas sur tout autre signe diagnostique des maladies du rein, l'étude histologique des crachats conduisit plutôt au discrédit et à l'abandon relatif de ce moyen de diagnostic et de pronostic.

Mais la découverte du bacille tuberculeux a changé la face des choses ! A ce point que, pour quelques médecins enthousiastes, la présence ou l'absence du bacille de Koch dans les crachats suffisent à l'affirmation ou à la négation de la phthisie, l'auscultation passerait au second plan. L'examen bactériologique devrait être regardé comme le meilleur moyen de diagnostic quelque fois comme le seul moyen de diagnostic de la phthisie. Comme, d'autre part, la fréquence extrême de cette maladie et l'importance de son diagnostic priment toute question de pathologie pulmonaire, on comprend quelle révolution a été la conséquence directe, immédiate, fatale, de la présence constatée dans les crachats du corps même du délit, du bacille tuberculeux, du tubercule. »

Nous reviendrons tout à l'heure au diagnostic de la phthisie. Mais en outre dans la pratique il y a un certain nombre de circonstances dans lesquelles l'expectoration du malade mérite d'être observée avec une attention particulière. Il ne s'agit plus alors seulement de noter des caractères macroscopiques, la quantité, la consistance, la couleur, l'odeur, la manière dont l'expectoration se comporte quand elle est abandonnée dans un vase immobile pendant plusieurs heures, etc.

Dans les circonstances auxquelles nous faisons allusion il est utile de procéder à l'examen microscopique. Il est à souhaiter que, grâce aux progrès réalisés depuis plusieurs années dans l'enseignement pratique donné par les Facultés, à l'avenir tout docteur en médcine sache se servir d'un microscope et en ait un dans son cabinet, comme il a toujours eu une trousse et un forceps, comme il a presque partout maintenant des tubes et des réactifs pour la recherche de l'albumine et du sucre dans les urines. Le praticien qui n'aura pas de microscope restera tributaire du pharmacien, auquel on a enseigné à l'Ecole à se servir de cet instrument.

Pour examiner un crachat au point de vue micrographique, on en place une parcelle sur un porte-objet, et avec une lamelle couvre-objet très propre on l'étale en couche régulière et mince ; un grossissement de 300 diamètres est suffisant pour y découvrir, sans recourir aux procédés de coloration, les éléments cellulaires et l'emploi des matières colorantes n'intervient que pour déceler les microorganismes.

Que peut-on trouver dans un crachat ?

Des *cellules épithéliales*. — Epithélium pavimenteux de la muqueuse buccale ou de la partie supérieure des voies respiratoires, qui n'a pas grande importance au point de vue du diagnostic, puisque la desquamation des premières voies est presque constante ; — épithélium cylindrique du larynx, de la trachée et des bronches, sans grande signification non plus, puisqu'il existe dans tout état catarrhal ;— il en est de même de l'épithélium à cils vibratiles de la muqueuse nasale et bronchique, qu'on trouve d'ailleurs rarement dans l'expectoration. — Mais l'épithélium des alvéoles pulmonaires et des petites bronches est important à constater ; car le catarrhe des petites bronches et des alvéoles peut être le début de la tuberculose.

On peut observer dans les crachats des *moules fibrineux* reproduisant la division dichotomique des petites bronches (dans certaines bronchites et dans la pneumonie fibrineuse) et les *spirales dites de Curschmann*, qui indiquent, d'après cet auteur, l'inflammation des plus fines bronchioles (bronchiolite), étant fournie par la chute en masse de l'épithélium cylindrique de ces petits conduits.

Dans les crachats on peut voir diverses variétés de *cristaux* :

1° Les cristaux décrits pour la première fois par M. Charcot dans les crachats des asthmatiques : incolores, effilés, octaédriques, insolubles dans l'éther, l'alcool, le chloroforme, solubles dans les alcalis et les acides.

Leyden a pensé que, par action réflexe, en irritant les terminaisons du nerf vague, ils pouvaient provoquer les accès d'asthme. Mais on les a trouvés chez des malades ayant de la bronchite chronique, qui n'avaient jamais eu d'asthme. Ces cristaux résultent probablement de la décomposition de la sécrétion mucilagineuse des bronches sous l'influence d'un micrococcus (Œrtel) ; on les rencontre généralement avec les spirales de Curschmann.

2° Des cristaux sanguins, hématine, hématoïdine, se présentant sous la forme de rhomboïdes ou d'aiguilles disposées en touffes ;

3° Des cristaux d'acides gras, longs, incolores, en forme d'aiguilles droites ou recourbées, isolées, en touffe ou en houppe, en éventail, solubles dans le chloroforme, l'alcool et l'éther ; ils prennent naissance dans les cas où il y a rétention de crachats purulents dans des bronches dilatées ou dans une excavation pulmonaire.

4° Des cristaux de cholestérine et de tyrosine existent aussi dans les crachats putrides.

Les *globules de pus* et de *sang* n'ont pas de signification diagnostique particulière, si ce n'est par leur abondance. Il faut s'exercer à distinguer les fibres de *coton* et de *laine*, les *cheveux*, les *poils*, les *poussières minérales* qui peuvent exister dans un crachoir.

Une importance très grande s'attache à la constatation du *tissu élastique* dans les crachats, puisqu'il atteste la destruction du parenchyme du poumon. Lorsqu'elles sont peu abondantes, les fibres élastiques se trouvent surtout sur les bords de la préparation où les a rejetées la pression de la lamolle couvre-objet ; elles sont faciles à reconnaître après addition de quelques gouttes d'une solution de soude caustique au tiers. Le tissu élastique se montre sous forme de filaments droits, recourbés, enroulés en paquets ou réunis, et présentant une disposition alvéolaire très nette. Bien qu'on en puisse trouver quelquefois dans diverses formes de laryngite, dans la bronchite chronique, la dilatation bronchique et la pneumonie chronique, sa présence en quantité notable dans l'expectoration indique habituellement l'ulcération tuberculeuse du poumon.

Mais c'est à la RECHERCHE DES BACILLES TUBERCULEUX que doit surtout servir l'examen microscopique des crachats. Nous avons à plusieurs reprises indiqué à nos lecteurs les méthodes les plus usitées pour faire cette recherche. Cependant, nous recevons assez souvent des lettres qui nous demandent des renseignements complémentaires à ce sujet ; nous pensons donc être agréable à nos confrères en leur indiquant la technique recommandée par M. Hunter Mackenzie.

Coloration des crachats. — Pour découvrir les micro-organismes pathogènes, ainsi que les schizomycètes non spécifiques, il faut avoir recours aux méthodes de coloration créées par Koch et Weigert, et que tout le monde connaît aujourd'hui. Voici en quoi elles consistent : Choisissez le crachat du matin, placez-en une parcelle sur un cover-glass (lamelle couvre-objet), étalez-le en l'écrasant avec un autre cover-glass ou au moyen d'une aiguille préalablement stérilisée par la chaleur. Chauffez légèrement le cover-glass en le passant deux ou trois fois sur une lampe à alcool jusqu'à ce qu'un coagulum apparaisse sur le verre. Jusqu'ici, le premier temps de la préparation est le même pour la recherche de tous les microbes.

Les autres temps varient selon le micro-organisme qu'on veut découvrir. Le principe auquel il est nécessaire de se conformer dans tous los cas, consiste à colorer la préparation de telle façon que le microbe conserve une couleur, tandis que tout le reste aura une teinte différente. On emploie donc deux couleurs : la première pour

le microbe et la deuxième pour tous les autres éléments. On peut obtenir cette double coloration par des procédés différents. Après avoir essayé diverses méthodes, nous recommandons la suivante qui est la plus pratique et la plus sûre.

Méthode d'Ehrlich modifiée par Gibbes. — Les deux solutions qu'on emploie sont : 1° la solution de Magenta (fuchsine) ; 2° une solution de chrysoïdine ou de bleu de méthylène.

Premier temps. Placez le cover-glass préparé comme ci-dessus avec le crachat sur la face inférieure dans un verre de montre contenant quelques gouttes d'une solution filtrée de Magenta, en évitant les bulles d'air entre le verre et le liquide. Laissez-le tremper environ une demi-heure. On prétend que les bacilles sont mieux colorés à la température de trente-huit degrés, c'est là un fait que nous n'avons pas observé. Puis lavez la plaque avec une solution d'acide nitrique et d'eau distillée, un d'acide pour deux ou trois d'eau, jusqu'à ce que la coloration ait disparu, soit quinze à trente secondes. Ce lavage a pour but de décolorer toute la préparation, sauf le bacille. Enlevez alors l'excès d'acide par un lavage à l'eau distillée : la coloration est ordinairement plus foncée que la couleur primitive. Laissez sécher.

Le deuxième temps consiste à colorer le fond de la préparation. Pour cela, on la plonge quelques minutes dans un deuxième verre de montre contenant une solution saturée de brun de chrysoïdine ou de bleu de méthylène. L'excès de coloration est enlevé par un lavage à l'eau distillée. Séchez après avoir lavé à l'alcool absolu et montez sur baume de Canada.

Le grossissement ne doit pas être inférieur à 300 diamètres. Les bacilles se présentent sous forme de petits bâtonnets rouges sur fond bleu ou brun, selon le procédé adopté pour la deuxième coloration.

Les difficultés rencontrées par les expérimentateurs les plus habiles et le long apprentissage fait par d'autres avant d'arriver à une coloration réussie sont dus à un certain nombre d'erreurs qu'il est bon de connaître. Il faut choisir le crachat du matin, surtout si l'on suppose que les bacilles sont peu nombreux. L'expectoration doit être spontanée, la toux volontaire ne réussit guère qu'à nettoyer la gorge et en expulser les mucosités. Les bacilles ne sont pas répandus uniformément dans le crachat, ils sont plus abondants dans les parties purulentes que dans les portions muqueuses. Ils sont trois ou quatre fois moins abondants dans celles-ci que dans celles-là. Si le crachat est laissé au repos pendant quelque temps, les bacilles tombent au fond, et c'est dans le dépôt qu'on doit les chercher. Il faut au moins trois préparations pour donner quelque valeur à un résultat négatif.

La première coloration exige au moins vingt à trente minutes. Si le bain d'acide nitrique est trop prolongé, les bacilles se décolorent comme le reste de la préparation. On doit se servir autant que possible d'eau distillée ; cependant, nous avons très souvent réussi des préparations avec de l'eau ordinaire. Si l'eau renferme beaucoup de sels calcaires, elle peut attaquer la couleur.

La méthode que nous venons de décrire, bien que compliquée en apparence, est facile : elle est la meilleure pour les commençants. Lorsqu'on est familiarisé avec les micro-organismes et qu'on sait les reconnaître, on peut employer la belle méthode de Gram. Elle a cependant le désavantage de colorer non seulement le bacille, mais tous les organismes que renferme le crachat. En revanche, elle permet de découvrir toutes les variétés de microbes, tandis que la préparation d'Ehrlich n'est applicable qu'au bacille de la tuberculose et à celui de la lèpre.

Méthode de Gram. — Le crachat est préparé sur le cover-glass comme dans la méthode précédente. On le place alors dans un verre de montre contenant une préparation de violet de gentiane et d'aniline, où on le laisse deux ou trois minutes, puis on le lave dans une solution iodurée : iode 1, iodure de potassium 2, eau 300, qui décolore toute la préparation sauf les microbes. On lave à l'eau distillée et ensuite à l'alcool absolu pour enlever l'excès de couleur. La deuxième coloration se fait comme précédemment. On a ainsi tous les micro-organismes colorés en violet, tandis que le fond est bleu ou brun comme dans la méthode précédente.

Ce procédé est plus expéditif que celui d'Ehrlich ; il a cependant, comme nous l'avons dit, le grand inconvénient de colorer tous les microbes, ce qui peut être une cause d'erreur. Il est utile pour découvrir les schizomycètes. On peut se dispenser de la deuxième coloration, l'iode donnant une teinte brune suffisante pour faire trancher le violet des micro-organismes.

Il faut éviter de confondre le bacille tuberculeux avec les cristaux d'acides gras (acides palmitique et stéarique) et la tyrosine. Avec un grossissement de 300 à 450 diamètres, ces cristaux ressemblent aux bacilles par la forme et la coloration. Ils en diffèrent par leurs dimensions variables, leur disposition en étoile, la variété de leurs formes et leur solubilité dans l'éther, l'alcool et le chloroforme. »

M. Grancher, examinant ce que Hunter Mackenzie dit à propos de l'influence de la thérapeutique sur la marche de la phthisie et sur la nature des crachats, le félicite de sa sagesse également éloignée du scepticisme et de l'enthousiasme.

« M. H. Mackenzie constate que les inhalations de vapeurs phéniquées, créosotées, iodées ou mercurielles ont été sans action sur le nombre des bacilles contenus dans les crachats et sur l'évolution de la maladie. On peut assurément regretter avec le traducteur et commentateur de ce livre, M. le Dr Léon-Petit, qui a considérablement enrichi le travail de l'auteur anglais, en y ajoutant un grand nombre de notes précieuses, que les injections hypodermiques, les lavements gazeux, les inhalations d'acide fluorhydrique, etc., n'aient pas été essayés. Mais la conclusion de M. Mackenzie, qui conseille le traitement hygiénique, diététique et climatérique, de préférence aux topiques locaux ou aux médicaments généraux dits antibacillaires, recevra l'approbation de tous les médecins qui ont quelque expérience de la phthisie pulmonaire. »

Quant à ce qui concerne la *désinfection pratique des crachats*, voici l'opinion de M. Grancher : « Après avoir écrit, ce qui est vrai, que le meilleur moyen de détruire le bacille tuberculeux est de le soumettre à l'ébullition, M. H. Mackenzie conseille la désinfection de la chambre d'un malade par la vapeur d'acide phénique, et la désinfection des crachats par des solutions phéniquées. Sans doute, le bacille tuberculeux, en cultures, est très sensible à l'acide phénique, et M. Yersin a montré encore tout récemment qu'une solution

à 5 % d'acide phénique tue le bacille tuberculeux en 30 secondes (*Annales de l'Institut Pasteur*, février 1888); mais d'autre part j'ai publié avec M. de Gennes (*Revue d'Hygiène*, mars 1888), des recherches qui démontrent que le contact prolongé pendant vingt-quatre heures d'une solution d'acide phénique à 5 % avec des crachats bacillaires ne suffit pas à tuer les bacilles. Il est probable que cette différence de résultats s'explique par la protection que le bacille rencontre dans l'enveloppement albumineux des bacilles dans les crachats. »

M. Grancher résume ainsi, à la fin de la préface dont nous avons cité plusieurs extraits, son opinion sur l'utilité pratique de la micrographie des crachats :

1° L'examen microscopique et bactériologique des crachats est quelquefois décisif et supérieur à tout autre moyen de diagnostic.

2° Le plus souvent, il complète utilement et renforce les données de l'auscultation, de la percussion, etc..., que le médecin ne doit jamais négliger, car il y trouve toujours la meilleure indication diagnostique, et surtout pronostique. Pour tout médecin attentif et exercé, les troubles respiratoires perçus par l'oreille permettent de soupçonner et de reconnaître la phthisie pulmonaire longtemps avant la présence du bacille tuberculeux dans l'expectoration. De même, la marche de la maladie, sa tendance à envahir ou à rétrocéder, sa curabilité, en un mot, résulte d'un ensemble de faits touchant la nutrition générale, la fonction pulmonaire, l'état de la lésion locale..., que la médecine traditionnelle nous apprend à connaître.

3° L'examen des crachats, isolé de tout autre moyen de diagnostic, peut conduire à l'erreur, même dans la tuberculose pulmonaire classique, et, à fortiori, dans les maladies plus obscures ou l'étude bactériologique est moins avancée ; tels sont la syphilis et le cancer.

Ces propositions, qui se dégagent du livre présenté aux médecins français par le Dr Léon-Petit, sont sages, et elles restent la véritable formule, le vrai guide de ceux qui savent allier prudemment la tradition et le progrès. »

Quant à moi, je puis citer un fait personnel qui met bien en lumière la grande utilité de l'examen bactériologique des crachats. Une jeune femme à laquelle je donne mes soins depuis deux ans est récemment accouchée. Pendant une bonne partie de sa grossesse, elle avait toussé, ayant eu une succession de catarrhes bronchiques, pendant lesquels je n'avais jamais constaté le moindre signe stéthoscopique qui fût de nature à faire admettre un substratum tuberculeux. Cette dame toussait encore un peu au moment de son accouchement ; pendant les jours qui suivirent sa délivrance, les signes de bronchite augmentèrent ; la toux était très fréquente et très fatigante, il existait de l'oppression et une expectoration très abondante de crachats muco-purulents, la langue était sale.

A l'auscultation, je constatai vers le 10e jour après l'accouchement des ronchus et des sibilances et un murmure respiratoire faible aux deux sommets ; sans que la sonorité à la percussion fût diminuée.

Les deux jours suivants la diffusion des signes stéthoscopiques fut telle que toute la poitrine était pleine de râles ronflants ou sibilants, avec quelques zones de râles bullaires assez fins, et le confrère très-distingué qui avait fait l'accouchement ne put s'empêcher de demander au mari si j'avais fait une attention suffisante à la marche de cette bronchite et si je ne redoutais pas une tuberculose aiguë. Cette dame, élevée dans un climat très doux, avait été transplantée à Paris, peut-être ne s'était-elle pas acclimatée ; la tuberculose n'aurait-elle pu rester latente depuis le commencement de son mariage, ne se traduisant que par de fréquentes bronchites, pour faire explosion à la suite de l'accouchement? Aux craintes qui me furent exprimées, je répondis que je ne trouvais rien dans l'examen stéthoscopique qui m'autorisât à envisager l'hypothèse d'une tuberculose, et, en admettant même que les signes physiques fussent trompeurs, l'absence de fièvre était une raison absolue pour écarter l'idée d'une tuberculose aiguë. Le soir même, la malade était prise d'une série de frissons et sa température montait à 39° ! On comprend quel fut aussitôt l'effroi de l'entourage. S'agissait-il d'accidents infectieux d'origine utérine ? Mais l'accoucheur ne trouvait rien dans son domaine qui pût expliquer le frisson et la fièvre. Il se tournait donc vers moi et paraissait être disposé à incriminer le poumon ; pour moi, ayant aperçu un petit groupe de vésicules d'herpès à la commissure labiale, je me rassurai et crus pouvoir affirmer que l'accès de fièvre ne se renouvellerait pas, mais je vis bien que ma confiance n'était pas absolument partagée par mon confrère et par le mari de la malade.

Dans un cas semblable l'examen bactériologique seul pouvait entraîner la conviction dans un sens ou l'autre. A deux reprises cet examen fut fait, et sur quatre préparations faites chaque fois aucun bacille ne fut constaté. La fièvre ne reparut plus. Sous l'influence des balsamiques et de l'iodure de sodium, le catarrhe bronchique et la dyspnée emphysémateuse s'amendèrent rapidement.

P. Le Gendre.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Du diagnostic des présentations et des positions par le palper pendant la grossesse et le travail.

(*Suite*).

V

De la présentation et des variétés de position du siège. — Pendant la grossesse, lorsque la présentation est celle de l'extrémité pelvienne, l'excavation est le plus souvent vide, on constate alors l'existence d'une grosse extrémité en rapport avec le grand bassin. Le siège est rarement au-dessus de l'ouverture du détroit supérieur: il est le plus habituellement en partie en rapport avec l'une des fosses iliaques, en partie au-dessus de l'excavation.

L'extrémité céphalique se trouve au fond de l'utérus, le plus souvent inclinée du côté opposé à la fosse iliaque occupée par l'extrémité pelvienne. Lorsque la tête est située sur la ligne médiane, on la délimite facilement et ses caractères apparaissent avec la plus grande netteté; mais, lorsque la tête est profondément située, qu'elle se cache plus ou moins sous les fausses côtes, il faut mobiliser le fœtus de façon à ramener la tête sur la ligne médiane ou à la faire descendre un peu plus bas vers l'un des côtés : en un mot, il faut la rendre plus superficielle, plus accessible, plus *palpable*.

Mais le signe caractéristique de la présence de la tête au fond de l'utérus, c'est la *constatation du sillon du cou* que l'on obtient de la manière suivante. Après avoir trouvé les deux pôles fœtaux et le plan résistant, on déprime avec la pulpe des doigts la paroi abdominale en rapport avec le tronc du fœtus en faisant cheminer très lentement les doigts. Tandis qu'on perçoit un plan continu, une surface unie entre le siège et le tronc, on sent une dépression, un vide assez marqué entre le tronc et la tête, les doigts s'enfonçant au niveau de la région cervicale.

Dans quelques cas, le palper permet de reconnaître si le siège est complet ou décompleté, il permet presque toujours de reconnaître à quelle variété de position on a affaire.

Position sacro-iliaque gauche antérieure. — Le siège est situé dans la fosse iliaque gauche, la tête se trouve au fond de l'utérus, mais le plus souvent dans le flanc droit, quelquefois superficielle, bien souvent dissimulée, cachée sous le foie. — Le plan résistant est en avant et dirigé de bas en haut et de gauche à droite ; il est surtout accessible dans la partie située au-dessous de l'ombilic.

Position sacro-iliaque droite postérieure. — Le siège est situé dans la fosse iliaque droite et presque toujours accompagné des petites parties qu'on rencontre à gauche et en avant. La tête occupe le fond de l'utérus, le plus souvent inclinée à gauche et assez facile à circonscrire. — Le plan résistant se trouve à droite et regarde en arrière : on ne peut en explorer que le plan latéral droit. Les petites parties sont très accessibles en avant et à gauche.

Position sacro-iliaque droite antérieure. — Le siège est dans la fosse iliaque droite; la tête au fond de l'utérus, le plus souvent inclinée à gauche. Le plan résistant se trouve à droite et regarde en avant : il est très facile de le circonscrire, de le prendre pour ainsi dire entre les deux mains. Les petites parties se rencontrent moins aisément à gauche et en arrière.

Position sacro-iliaque gauche postérieure. — Le siège est dans la fosse iliaque gauche ; presque toujours accompagné de petites parties qu'on rencontre à droite et en avant, la tête occupe le fond de l'utérus, elle est assez difficile à circonscrire.

Le plan résistant se trouve à gauche et en arrière : on ne peut guère en explorer que le plan latéral gauche.

Il est très facile de rencontrer les petites parties en avant et à droite, ainsi que la rénitence du liquide amniotique.

VI

Du diagnostic de la présentation du tronc. — Il est extrêmement rare que, pendant la grossesse, on observe des présentations de l'épaule en dorso-postérieure : le plus habituellement, même pendant le travail, le dos est en avant.

S'il s'agit d'une présentation du *plan latéral droit en céphalo-iliaque gauche ou acromio-iliaque gauche*, et que l'on examine la femme pendant la grossesse, on constate que l'excavation est vide. La fosse iliaque gauche est occupée par une tumeur ronde, régulière, dure, souvent ballottante : c'est la tête.

Dans le flanc droit, plus ou moins haut, suivant le développement de la cavité abdominale, se trouve le siège avec ses caractères. Le plan résistant s'étend depuis la fosse iliaque gauche jusqu'au flanc droit : au-dessus de ce plan résistant et en dedans de l'extrémité supérieure de l'ovoïde fœtal, on ne perçoit que la rénitence du liquide amniotique et la sensation de petites parties multiples.

Pendant le travail, dès que les membranes sont rompues, le fœtus comprimé de toutes parts se redresse. Les deux extrémités de la ligne fœtale se rapprochent de la ligne médiane ; le palper donne alors les sensations suivantes : la fosse iliaque est occupée par une tumeur volumineuse et sphérique, tandis que l'autre extrémité de l'ovoïde fœtal occupant le fond de l'utérus s'est rapprochée de la ligne médiane ; le plan résistant est dirigé presque verticalement, quoique toujours situé plus à droite qu'à gauche.

Dans la présentation *du plan latéral gauche en céphalo-iliaque droite*, la tête est dans la fosse iliaque droite, le siège dans le flanc gauche. Le plan résistant s'étend depuis la fosse iliaque droite jusqu'au flanc gauche; pendant le travail, dès que les membranes sont rompues, le plan résistant se verticalise, se rapproche de la ligne médiane, tout en occupant toujours le côté gauche de la région abdominale.

Quant aux positions dorso-postérieures, c'est-à-dire quant aux présentations du plan latéral droit en céphalo-iliaque droite et du plan latéral gauche en céphalo-iliaque gauche, comme elles ne se produisent que pendant le travail, elles sont encore plus faciles à reconnaître par le toucher que par le palper. Cependant, quand on palpe l'utérus dans l'intervalle de deux contractions, on peut reconnaître l'extrémité inférieure de l'ovoïde fœtal sous forme de tumeur sphérique (la tête) dans l'une des fosses iliaques, l'extrémité supérieure sous forme de tumeur irrégulière et volumineuse (siège occupant le fond de l'utérus). Le plan résistant est difficilement accessible, tandis que les petites parties sont superficielles et se rencontrent avec facilité.

En résumé, le palper permet toujours ou presque toujours, pendant la grossesse arrivée près du terme et même au moment du travail pendant les périodes d'effacement et de dilatation, de reconnaître la situation, l'attitude du fœtus dans la cavité utérine ; si la présentation du fœtus est *bonne* (présentation du sommet), si surtout cette extrémité fœtale est profondément engagée, l'accoucheur sera tranquille et pourra dire que l'enfant se présente bien, et que l'accouchement sera probablement normal. Si, au contraire, à partir du 7e mois chez la primipare, du commencement du 9e mois chez la multipare, il n'y a pas de partie fœtale engagée, il faut se méfier : si le palper permet de constater que l'un des pôles fœtaux est dans l'une des fosses iliaques (présentation du siège ou de l'épaule), il faut pratiquer la version céphalique par manœuvres externes et appliquer la ceinture euto-

cique pour maintenir la tête en bas : nous avons suffisamment insisté il y a deux ans dans ce journal (1) sur ces manœuvres pour n'y pas revenir aujourd'hui, malgré la lecture très intéressante que nous venons d'en faire dans cette seconde édition du Traité du palper.

Un dernier point : quelques médecins accordent bien que le palper est utile pour reconnaître l'existence d'une présentation de l'épaule ou du siège, puisque, grâce à cet examen, on peut corriger la présentation vicieuse ; mais ils pensent qu'une fois le diagnostic de présentation du sommet formulé (et à la rigueur on pourrait par le simple toucher reconnaître la présence de l'ovoïde fœtal en bas), ils pensent que le diagnostic de la variété de position n'a qu'une importance théorique. C'est une erreur: il est souvent très important de savoir que le fœtus, pour ne prendre qu'un exemple, se présente en O I. G. A. ou en O I. D. P. Toutes choses égales d'ailleurs, l'accouchement se fera plus rapidement dans le premier cas que dans le second. D'autre part, si l'on est obligé d'intervenir pendant le travail, alors que la bosse séro-sanguine gêne pour l'exploration des sutures et des fontanelles, on opérera plus rapidement et avec plus d'assurance lorsqu'on sera fixé à l'avance sur l'attitude du fœtus.

Le palper doit donc entrer de plus en plus dans la pratique courante et constituer avec les deux autres méthodes d'exploration (toucher, auscultation) ce que M. Pinard appelle le *trépied obstétrical*; l'accoucheur est d'autant plus expert en son art qu'il est plus familiarisé avec ces *trois* sources de renseignements et qu'aucune d'elles ne lui est inconnue.

Dr G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous reproduisons l'article suivant de la *Tribune médicale* et nous remercions son auteur *M. Laborde*, le directeur du journal, du chaleureux appel qu'il adresse à ses lecteurs en faveur de l'œuvre à laquelle il a bien voulu associer son nom.

La Société de protection des victimes du devoir médical.

L'Association qui vient de se fonder a pour but d'apporter aide et protection aux victimes du devoir professionnel et à leurs familles; nous ne saurions trop recommander cette œuvre, dont nos lecteurs, mieux que personne, car ils y sont tous intéressés, comprendront toute l'importance et l'opportunité.

Nous avons bien souvent, à cette place, signalé, en gémissant, les tristes, les poignantes situations que créent au médecin, et surtout à ses survivants, quand il a succombé sur la brèche, les dangers incessants auxquels l'expose le devoir professionnel, toujours doublé d'un dévouement à toute épreuve, qui ne calcule jamais ; et à chaque exemple nouveau — exemples si nombreux qu'il y aurait à écrire, à ce sujet, un long martyrologe — nous avons eu à déplorer le *desideratum* d'un remède convenable et efficace à ces situations. C'est pour répondre, autant que possible, à ce *desideratum* que la *Société de protection des victimes du devoir médical* s'est constituée.

Voici en quels termes simples et clairs elle explique, par l'organe de son comité de patronage, sa raison d'être, son but et sa mission :

« Le médecin affronte de graves dangers par devoir professionnel. Souvent, surtout à l'époque des calamités publiques, des membres du corps médical dépassent les limites de ce devoir et sont victimes de leur héroïsme.

On rend volontiers hommage à ces faits de haute abnégation ; mais, en allant au devant de la mort, les médecins laissent, parfois, femmes et enfants sans aucune ressource.

Dans ces circonstances, la veuve est condamnée à un travail manuel ; les filles ont la destinée des filles sans dot ; les fils ne peuvent suivre la carrière libérale du père ; le père et la mère du jeune étudiant sont privés de son appui pour leurs vieux jours. En un mot, la famille est contrainte à déchoir ; ce qui n'est pas juste !

Il fallait donc organiser une *Société* dont les membres consentiraient à prêter leur influence sociale, leur appui moral et, au besoin, leur appui matériel aux membres de la famille d'un médecin qui a succombé en se dévouant à l'humanité, et les suivre dans leur vie, pour leur tendre la main.

C'est pourquoi un *Comité* s'est formé en vue d'établir l'œuvre de protection. »

La circulaire, à laquelle nous empruntons ces paroles, rapporte quelques-uns de ces nombreux exemples dont nous parlions plus haut, notamment celui du jeune docteur Catel, mort à 35 ans, pour avoir quitté son lit, étant lui-même malade, afin de donner ses soins à trois enfants scarlatineux ; celui du docteur Louis Carrère, foudroyé par la contagion diphthéritique, après s'être prodigué, durant trois jours et trois nuits, auprès de deux enfants atteints d'angine couenneuse ; ceux des docteurs Regnaud, Mérondon, Emile Dubois, Cintrat, morts dans les mêmes conditions, et auxquels, nous le répétons, on en pourrait ajouter tant d'autres.

Nous ne résistons pas au désir de reproduire le suivant, dont le récit est emprunté à René Martin, sous le titre :

« UNE DETTE NATIONALE »

« Il nous arrive souvent — trop souvent, hélas ! — d'avoir à signaler de grandes infortunes. Celle dont je dois parler aujourd'hui est particulièrement douloureuse ; elle appelle, non la charité, mais la réparation.

Beaucoup de Parisiens connaissent sur la rive gauche, près du Panthéon, une petite rue qui porte le nom de Romain Le Goff, mais bien peu se souviennent des faits auxquels cette dénomination se rattache. Et ce dont personne ne se doute, peut-être, c'est que la mère de celui qui a donné son nom à cette rue se trouve aujourd'hui dans le dénuement le plus absolu.

L'histoire de ce modeste héros a fait grand bruit en 1875. Romain Le Goff était alors élève stagiaire au Val-de-Grâce. On signalait à cette époque les premiers essais de transfusion du sang, timidement tentés par les praticiens. Un jour, un soldat, arrivé à la dernière période de la consomption, fut apporté dans le service de Le Goff. Rien ne pouvait le sauver qu'un miracle ou cette nouvelle

(1) *Concours médical*, 23 et 29 avril 1887.

méthode pour laquelle se passionnait déjà la jeune génération.

De son propre mouvement, Le Goff, garçon plein d'avenir et de santé, offrit de se prêter à cette dangereuse opération. Les médecins refusèrent d'abord, mais, devant l'insistance qu'ils rencontrèrent, force leur fut de céder.

La transfusion fut accomplie. Le sang généreux du jeune homme alla couler dans les veines du moribond et le soldat guérit. Mais Le Goff, lui, ne guérit pas.

Anémié, épuisé par cet emprunt, il ne se remit jamais. Après une longue maladie, il se releva sans forces et, pendant six ans, il se traîna lamentablement, sentant bien, lui médecin, que sa fin était proche.

De fait, il mourut de langueur, en 1881, victime de son dévouement à la science.

Son père, qui était employé supérieur aux Postes, est mort depuis, et sa mère, ancienne inspectrice des écoles maternelles, est sans ressources, l'emploi qu'elle avait ayant été supprimé. Elle vit de charités. N'est-ce pas une honte?

Des amis de madame Le Goff ont tenté de lui faire obtenir une pension, à laquelle elle a droit, puisque son fils est mort des suites d'une expérience faite dans un établissement de l'Etat. On les a renvoyés de présidence en présidence, de ministère en ministère, de commissions en commissions, avec les meilleures recommandations, les plus chaleureuses promesses, mais sans le moindre résultat.

Pour arriver à bonne fin et pour acquitter « une dette nationale », il faudrait — paraît-il — que le ministre de la guerre et celui des postes se missent d'accord.

Qu'ils le fassent donc en hâte, car le temps presse, et la dignité nationale l'exige.

Qu'ils le fassent vite, s'ils ne veulent pas que la bienfaisance publique, qui est inépuisable, leur inflige cette humiliation de prendre les devants ! »

La protection de l'Etat...? Quelle illusion ! elle est acquise aux veuves d'hommes politiques, de ministres, même d'un jour, à des fonctionnaires d'antan grevés d'infirmités plus ou moins authentiques, sous la forme de pensions fastueuses, dont la liste édifiante a récemment circulé dans quelques journaux, et pèse d'un poids lourd dans la dette publique... Mais les victimes de la science et du dévouement professionnel ?... L'Etat a bien d'autres... budgets à fouetter, que de s'en occuper !

C'est la même et généreuse illusion qui poussait Emile Villemot à adresser, à la suite du récit touchant des morts glorieuses que nous venons de rappeler, cet appel éloquent, à cette justice d'Etat, insensible et sourde de cette oreille :

« Quand ces martyrs de l'humanité et de la science succombent au chevet des malades, ne serait-il pas juste que « l'Etat honorât leur mé« moire et prît sous sa protection la veuve et les « orphelins de ces héros, morts obscurément sur « des champs de bataille, au moins aussi glorieux « que ceux où le soldat meurt pour sa patrie ? »

Non, n'espérons pas dans la pitié et la justice efficaces de l'être impersonnel qui a nom l'Etat, pour venir en aide aux victimes de la science et du devoir médical. « Aidons-nous nous-mêmes », c'est la vraie devise à mettre en pratique ; et dans l'espèce, il s'agit de se rallier à la « Société de protection » en lui apportant l'adhésion et la participation effective qu'elle sollicite, et qu'aucun membre de la grande famille médicale ne saurait lui refuser.

De l'honnêteté professionnelle

Par le Dr Perron (1).

Nous n'avons pas à faire, pour nos lecteurs, l'éloge du Code déontologique de notre collaborateur et ami, le Dr Perron. Ils ont sûrement conservé le souvenir des préceptes d'*honnêteté profession nelle* dont nous avons publié la plus grande partie.

Nous sommes assurés qu'il en est, parmi eux, un grand nombre qui voudront les posséder en brochure.

Nous voudrions surtout que les *Syndicats* et les *Sociétés locales* devinssent les souscripteurs de cet ouvrage. Tout jeune médecin, nouvel adhérent de ces associations, devrait en recevoir, comme bréviaire, un exemplaire, au moment de son admission.

Nous avons la conviction qu'on ne pourrait faire, en vue de la bonne confraternité et en l'honneur de la profession, œuvre meilleure que celle qui consisterait à répandre, à profusion, parmi les médecins, les préceptes de l'*honnêteté professionnelle* de notre confrère Bizontin.

Nous la recommandons, cette propagande, aux bureaux de toutes les Sociétés médicales.

L'œuvre de M. Perron prendra la place la plus honorable à côté de celle de *Dechambre*.

A. C.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés pour l'année 1888 (2).

(*Suite.*)

Service des épidémies.

L'Académie a proposé, et M. le Ministre du commerce et de l'Industrie a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1887 :

1° *Médaille d'or à :*

M. le docteur Marvaud (A.), médecin principal de 2e classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Tours.

2° *Médailles d'argent à :*

M. le docteur Darolles, de Provins (Seine-et-Marne).

M. le docteur Dauvé, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, à Châlons-sur-Marne.

M. le docteur Hébert, d'Audierne (Finistère).

M. le docteur Longbois, de Joigny (Yonne).

M. Mosny, interne des hôpitaux de Paris.

M. Moty (Fernand), médecin-major de 1re classe, à Phu-Lang-Thuong (Tonkin).

M. le docteur Rivet, médecin-major au 137e régiment d'infanterie, à Fontenay-le-Comte (Vendée).

M. le docteur Roux (Jacques-Michel), médecin-major de 1re classe au 21e régiment d'artillerie, à Angoulême.

(1) On peut se procurer la brochure en adressant un franc à l'imprimerie Millot frères et Cie, 20, rue Gambetta, à Besançon, ou au *Concours médical*, 23, rue de Dunkerque.

(2) Les noms inscrits en italique sont ceux des membres du Concours médical.

M. le docteur Senut (Léonard-Jules), médecin-major de 1re classe au 19e régiment d'artillerie, à Nîmes (Gard).

M. le docteur *Sicard* (J.-S.), médecin des hôpitaux de Béziers (Hérault).

Rappels de Médailles d'argent à :

M. le docteur Chabenat, de la Châtre (Indre).

M. le docteur Eude (Ferdinand), médecin-major de 1re classe au 90e régiment d'infanterie, à Châteauroux (Indre).

M. le docteur Homo, médecin des épidémies de Château-Gontier (Mayenne).

M. le docteur Leroy des Barres, de Saint-Denis (Seine).

M. le docteur Longet, médecin-major de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital de Givet (Ardennes).

M. le docteur Nivet (V.), correspondant de l'Académie de médecine, à Clermont-Ferrand.

M. le docteur Ollé (Jules), médecin des épidémies de Saint-Gaudens (Haute-Garonne).

3e *Médailles de bronze à* :

M. le docteur Bernard, de Forcalquier (Basses-Alpes).

M. le docteur Coiffier, du Puy (Haute-Loire).

M. le docteur Delamare, médecin-major de 1re classe au 81e de ligne, à Châtellerault (Vienne).

M. le docteur Dezautière, médecin des mines de La Machine (Nièvre).

M. le docteur Favellier (R.), à Luzy (Nièvre).

M. le docteur Fressinger, d'Oyonnax (Ain).

M. le docteur *Gauthier* (Gabriel), médecin des épidémies à Charolles (Saône-et-Loire).

M. le docteur *Guibert*, de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord).

M. le docteur *Ledé*, à Paris.

M. le docteur *Pasquet-Labrouc*, à Châtellerault (Vienne).

M. Sardou, interne provisoire des hôpitaux de Paris.

M. le docteur Tussau, à Génélard (Saône-et-Loire).

Service de l'hygiène de l'enfance.

1o *Médaille d'or à* :

M. Lavergne, inspecteur des enfants assistés du département de l'Allier.

2e *Médailles de vermeil à* :

M. le docteur *F. Ledé*, médecin-inspecteur des enfants du premier âge et des crèches de Paris.

M. le docteur *Séjournet*, de Revin (Ardennes).

M. le docteur *Sutils*, inspecteur des enfants du premier âge à la Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne).

3o *Médailles d'argent à*:

M. le docteur Balestre, à Nice.

M. le docteur E. Decaisne, de Paris.

M. le docteur Durand-Desmons.

M. *Fleury*, inspecteur des enfants assistés du département de la Seine.

M. le docteur Goldenstein, de Paris.

M. Jenot, médecin à Dercy (Aisne).

M. le docteur Malgat.

M. le docteur Maseras (Philippines).

4o *Rappels de médailles d'argent à* :

MM. les docteurs Capelle, père, de Hermies (Pas-de-Calais) ; — Carassus, de Milly (Seine-et-Oise) ; — Driard, de Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne) ; médecins de la Société protectrice de l'enfance de Paris.

5o *Médailles de bronze à* :

MM. les docteurs *Augé, de Reuilly* (Indre) ; — Coffignon, de Marles (Aisne) ; — Doumic, de Poissy (Seine-et-Oise) ; — Grosjean, de Montmirail (Marne) ; *Toussaint*, d'Argenteuil (Seine-et-Oise) ; médecins de la Société protectrice de l'enfance de Paris.

M. Serrès, inspecteur du service des enfants assistés et protégés du département de l'Orne.

Service de la vaccine.

1o *Un prix de 1500 francs à partager entre* :

M. le docteur Eonnet, à Auray (Morbihan).

M. le docteur E. Hocquard, médecin-major de 1re classe, au Tonkin,

M. *A. Prengrueber*, médecin de colonisation à Palestro (Algérie).

2o *Quatre médailles d'or à* :

MM. les docteurs E.-L. André, médecin-major ; L. Pélix, médecin aide-major du 12e régiment de chasseurs, à Rouen (Seine-Inférieure).

M. le docteur L. Dupeyron, médecin aide-major de 1re classe au 143e régiment d'infanterie, à Albi (Tarn).

M. le docteur Ebstein, médecin-major au 8e régiment de dragons, à Meaux (Seine-et-Marne).

M. le docteur Strœbel, médecin-major de 2e classe au 137e régiment d'infanterie, à Fontenay-le-Comte (Vendée).

3o Parmi les médailles d'argent décernées, nous signalerons les noms des membres du Concours Médical suivants :

Adhéran, docteur en médecine, Annonay, Ardèche.

Bauzon, docteur en médecine, Chalon-sur-Saône, Saône-et-Loire.

Benoist, docteur en médecine, Saint-Nazaire, Loire-Inférieure.

Bertrand, docteur en médecine, Chalon-sur-Saône, Saône-et-Loire.

Bobrie, docteur en médecine, Cozes, Charente-Inférieure.

Borderemy, docteur en médecine, Commentry, Allier.

Ch. Chatain, médecin-major de 2e cl. au 19e chasseurs. Lille, Nord.

Corson, docteur en médecine, Guingamp, Côtes-du-Nord.

Lagarde (Abel), docteur en médecine, Vals, Ardèche.

Magnan, docteur en médecine, Luc-en-Diois, Drôme.

Martin, docteur en médecine, Aubenas, Ardèche.

Maze, docteur en médecine, Le Havre, Seine-Inférieure.

Trémoureux, docteur en médecine, Nort, Loire-Inférieure.

De Welling, docteur en médecine, Rouen, Seine-Inférieure.

Prix proposés pour l'année 1891 (1)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs.

Question : *De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde.*

(1) La liste des prix proposés pour les années 1889 et 1890 a été publiée dans les numéros 53, année 1887, et 1, année 1888, du *Concours médical*.

PRIX ALVARENGA de Prauhy (Brésil). — 1800 francs.

PRIX BARBIER. — 2000 francs.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs.

PRIX CAPURON, — 1000 francs.

Question : *De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs.

Question : *Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.*

PRIX DAUDET. — 1000 francs.

Question : *Du traitement chirurgical du goître et de ses conséquences immédiates ou éloignées.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs.

PRIX ITARD. — 2700 francs.

PRIX LABORIE. — 5000 francs.

PRIX LAVAL. — 1000 francs.

PRIX MEYNOT aîné père et fil, de Donzère (Drôme). — 2600 francs.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs.

PRIX OULMONT. — 1000 francs.

PRIX PORTAL. — 800 francs.

Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.*

PRIX POURAT. — 900 francs.

Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

PRIX VERNOIS. — 700 francs.

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Perron, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le Ier juillet.

Les ouvrages soumis à l'examen de l'Académie restent sa propriété.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat de la Vendée

Médecine des indigents et médecine légale.

Parmi les communications qui n'ont pu être faites à l'Assemblée, nous devons relever la suivante du président du Syndicat de Montaigu, M. le docteur Mignen :

« I. *Médecine cantonale ou assistance médicale des indigents.*

M. le Dr Lardier a bien voulu rappeler le travail que j'ai publié dans le *Concours*, sur cette question. J'ai la satisfaction de voir préférer, en général à tous les systèmes, celui que j'avais cru le meilleur. Je suis, avec les confrères du Syndicat de Montaigu, pour le paiement des médecins à la visite ; pour la participation des médecins à la confection de la liste des indigents, etc.

Du reste, il faut reconnaître que l'organisation de la médecine cantonale nécessite deux choses :

1° *l'obligation* inscrite dans la loi, obligation qui a pour corollaire la création d'un budget spécial à l'assistance, budget qui puisera ses ressources dans les secours de l'Etat et des départements et dans les allocations des communes.

2° l'établissement du service par le personnel médical de la région limitée où il exerce. Chaque canton peut organiser les secours d'une façon spéciale. Tel canton qui possède déjà un hôpital modifiera son organisation en conséquence.

II. *Médecine légale.* — Le Syndicat de Montaigu considère l'art. 9 du projet de loi du *Dr Chevandier* sur l'exercice de la médecine, comme une aggravation pour le corps médical. L'obligation d'obéir aux réquisitions judiciaires n'avait jamais été encore inscrite dans la loi.

Le Syndicat de Montaigu voudrait que la loi fût modifiée de telle sorte qu'elle consacrât les idées suivantes :

« Le médecin a toujours le droit de refuser son concours à l'autorité administrative ou judiciaire. Toutefois, en cas d'urgence ou de flagrant délit, il *devra obéir* à la réquisition, restant libre de borner son rôle à celui de témoin pour les constatations utiles à faire, ou à celui de médecin ayant des soins à donner. On ne saurait exiger de lui une expertise médico-légale pour laquelle il ne se sentirait pas suffisamment préparé. »

J'ai reçu de M. Chevandier la lettre suivante, que je vous prie de reproduire :

Dr Mignen.

Monsieur et honoré confrère,

En ce qui concerne vos justes observations, voici mes amendements :

Article 68. — Après ces mots « sur l'avis des cours d'appel » ajouter ceux-ci « et sur le consentement des personnes à y inscrire ».

Il s'agit de la liste des médecins-experts qui doit être dressée dans le ressort de la Cour d'appel.

On énumère dans l'article 68 sur les propositions de qui la liste sera établie.

La nécessité du consentement affirme d'une manière générale la liberté du médecin d'accepter ou de refuser les fonctions d'expert.

Cette liberté repose en effet sur la considération que vous faites valoir. Toutefois, bien que j'admette que l'article 475 ne nous soit pas applicable, je suis porté à admettre qu'en cas de flagrant délit nous pouvons être tenus de constater des lésions qui, en très peu de temps, dans les 24 ou 36 heures, peuvent disparaître ou s'amoindrir au point de créer de grands embarras à l'expert appelé à les constater plus tard.

Or, la faculté donnée par la nouvelle proposition à l'inculpé d'appeler un expert pour contrôler

les opérations de l'expert appelé par le juge d'instruction créera des délais plus longs que par le passé.

Heureusement, j'ai fait réduire de 24 heures le délai de 48 heures accordé en première délibération à l'inculpé pour le choix de son médecin-expert.

Toutefois, il ne s'agit que du *flagrant délit*. *L'urgence* a été effacée dans le projet de la commission sur l'exercice de la médecine.

J'aurais dû commencer par vous dire que j'avais pensé alléger ma proposition de loi de tout ce qui est relatif à la qualité d'expert attribuée au médecin, en introduisant mon deuxième amendement dans la proposition portant revision du Code d'Instruction criminelle.

Mon 2e amendement est plutôt un article additionnel. Il est ainsi conçu :

« Un règlement d'administration publique inter-
« viendra pour reviser le décret du 18 juin 1811,
« en ce qui concerne le tarif des honoraires et va-
« cations des médecins, chirurgiens, sages-fem-
« mes, experts et interprètes, les frais de voyage
« et de séjour auxquels l'instruction des procé-
« dures peut donner lieu. »

Cet article nouveau, dont l'importance ne peut vous échapper, prendrait place après l'article 69.

Le rapporteur accepte personnellement mes deux propositions, il est probable que la commission partagera son sentiment.

Dans la discussion je trouverai l'occasion de faire reconnaître en principe le droit par le médecin de se récuser en arguant de son incompétence.

Agréez,

Dr Chevandier.

Formules thérapeutiques.

Voici quelques traitements qui nous ont réussi contre les engelures érythémateuses non ulcérées :

Badigeonnages avec la teinture d'iode.

—

Lotions avec une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à 1/10.

—

Lotions avec l'alcool camphré plus ou moins dilué.

—

Applications d'une des pommades suivantes :

1° Acide salicylique	} āā 1 gram.
Oxyde de zinc	}
Sous-nitrate de bismuth	}
Vaseline	30 gr.

—

2° Camphre en poudre	1 gr.
Baume du Pérou	1 gr. 50
Craie blanche	40 gr.
Huile de lin	80 gr.

—

3° Naphtol β pulvérisé	2 gr.
Axonge fraîche	20 gr.

VARIETÉS

Pauvre bête.

« C'était vers la fin de 1872, à Dieppe, où je me trouvais comme médecin-major du 20e bataillon de chasseurs. Une épidémie grave, restée insuffisamment définie dans sa nature, sévissait sur les compagnies casernées au Pollet. Depuis les autorités militaires les plus haut qualifiées jusqu'aux religieuses de l'hôpital, chacun se creusait la tête à l'envi pour lui chercher un remède efficace. Au cours d'une de mes tournées dans les salles, alors que je m'apprêtais à découvrir le lit d'un « grand » malade, la sœur qui m'accompagnait parut tout d'abord vouloir s'y opposer, puis, bientôt elle rougit et son attitude fut pleine de confusion. Cependant, il ne s'agissait nullement ici pour elle de pudeur effarouchée, car elle était tout à la fois plus que d'un certain âge et bonne femme. Toujours est-il que les pieds du chasseur se trouvaient lourdement empaquetés dans des bandes piquées par place de taches sanglantes. La sœur m'expliqua que, pour conjurer le mal, elle avait appliqué à chaque plante les deux moitiés d'un pigeon par elle tranché vivant. « Mais, ajouta-t-elle, je vais tout enlever si vous le désirez. »

« Pauvre bête....., » lui dis-je sur un ton de demi-reproche, pensant au pigeon, « ce n'est plus la peine, il doit être mort. »

Le malade guérit.

(*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques.*)

E. Lanoaille de Lachèse.

NOUVELLES

Congrès International de l'Assistance publique. — Pour la première fois, en France, un Congrès International d'Assistance publique se réunira à Paris du 28 juillet au 4 août 1889. Le comité d'organisation vient de procéder à la constitution de son bureau. Ont été élus : Président, le Dr Roussel, sénateur ; Vice-Présidents : le Dr Chautemps, conseiller municipal, M. Monod, directeur de l'Assistance publique en France ; Secrétaire-général, le Dr Thuilié, MM. Dreyfus-Brissac, Muteau, Rollet, Teissier de Cros, secrétaires. Les séances se tiendront à l'Institution des jeunes aveugles.

Voici quelles sont les questions proposées par le bureau :

Section I. — Assistance publique en général. — Organisation méthodique de la bienfaisance, c'est-à-dire étude des systèmes divers fondés sur les deux principes suivants : 1° Faire précéder toute délivrance de secours d'une enquête sur la situation matérielle et morale du solliciteur. (Charity, organisation societies, bureaux spéciaux d'enquête, etc.). — N'accorder que des secours efficaces, c'est-à-dire facilitant aux malheureux les moyens d'arriver à se subvenir à eux-mêmes par le travail. (Coopération des Sociétés, des personnes bienfaisantes et des administrations d'Assistance publique, organisation des visites à domicile). — Du rapatriement des malades, vagabonds, etc., en particulier des enfants.

Section II. — Services de l'enfance. — Des moyens pris ou à prendre pour assurer la mise en valeur physique et intellectuelle des enfants qui sont à la charge des administrations publiques.

Section III. — Hôpitaux, hospices, assistance à domicile. — De l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes. — De l'éducation professionnelle du personnel hospitalier ; recrutement du personnel secondaire, écoles d'infirmiers et d'infirmières.

Section IV. — Aliénés, Dépôts de mendicité, Mont-de-Piété. — De l'assistance publique des enfants idiots, arriérés et épileptiques en France et à l'étranger.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Drs Perrigault, de Vernantes, Le Mat, de Begard, George, de Flavigny-sur-Moselle et Duval, de Gournay-en-Bray, membres du *Concours médical*.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL.

M. le Dr Petit-Jean, à Jouarre (Seine-et-Marne), présenté par M. le Dr Rigabert, de Saacy.

M. le Dr Brébant, à Amagne, présenté par M. le Dr Ravand, de Vitry-les-Reims.

Le Directeur-Gérant : A. Cezilly.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 2 | 12 Janvier 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Naphtol camphré et phénols camphrés.

Les personnes qui suivent la visite de M. *Bouchard* à l'hôpital Lariboisière l'entendent depuis quelques mois vanter les services que peut rendre un mélange antiseptique *liquide* composé d'une partie de naphtol et de deux parties de camphre triturées ensemble *à sec*. C'est M. Désesquelles, interne en pharmacie attaché au service de notre maître, qui a découvert la propriété qu'a le naphtol de se liquéfier dans le camphre.

M. Bouchard, qui a bien mis en lumière la puissance antiseptique considérable du naphtol et la supériorité que lui donne sa toxicité presque nulle sur d'autres antiseptiques plus énergiques, mais grandement toxiques comme les sels mercuriels, s'est mis à essayer le mélange de naphtol et de camphre comme topique antiseptique; il a constaté et fait vérifier par beaucoup de visiteurs de son service avec quelle rapidité guérissent les excoriations, plaies, ulcérations pansées avec le naphtol camphré. Il l'a aussi employé avec succès dans plusieurs cas de diphthérie pour déterger les fausses membranes, ainsi que fait M. E. Gaucher avec le phénol camphré; mais, tandis que le mélange d'acide phénique et de camphre dissous dans l'alcool employé par M. Gaucher est très douloureux, le naphtol camphré ne l'est pas.

Nos confrères qui voudraient l'employer n'auront qu'à formuler :

Naphtol β pulvérisé........	1 partie
Camphre en poudre.......	2 parties

Triturez ensemble à sec jusqu'à transformation du tout en un liquide presque blanc ou couleur crème quand le naphtol est purifié, plus ou moins rougeâtre quand le naphtol est plus ou moins impur.

M. E. Audoucet, interne en pharmacie, a continué les recherches de son collègue M. Désesquelles; il a voulu voir si la propriété du naphtol de se liquéfier dans le camphre n'était pas commune à d'autres phénols et il a constaté qu'il en était ainsi pour le thymol, la résorcine, le pyrogallol et le salol ou salicylate de phénol.

On obtient une pâte molle en faisant les mélanges suivants :

Résorcine..................	2 gr. 50
Camphre..................	0,50 à 1 gr.
Salol..................	5 gr.
Camphre..................	0,50
Thymol..................	5 gr.
Camphre..................	1
Pyrogallol..................	5 gr.
Camphre..................	0 gr. 20

En augmentant les doses, on obtient un liquide sirupeux qui se mélange en toutes proportions aux huiles, à l'axonge et à la vaseline, et qui, soluble dans l'alcool et l'éther, est insoluble dans l'eau.

Ayant obtenu le même résultat avec le menthol ou alcool mentholique, qui autrefois a été classé parmi les phénols, M. Audoucet se demande si la même propriété ne s'étend pas à tous les phénols.

Les empoisonnements par les poêles mobiles et l'intoxication oxycarbonée.

M. Lancereaux, dans une clinique faite à la Pitié et que publie le *Bulletin médical*, appelle l'attention sur une question importante d'hygiène, celle des dangers que peut faire courir au public l'usage de plus en plus répandu des poêles mobiles. Il cite des cas bien inquiétants ; celui d'un homme et d'une femme asphyxiés par les émanations d'un poêle placé dans une pièce voisine de celle où ils couchaient, *la porte de communication étant cependant fermée* ; probablement la fermeture n'était pas hermétique et les vapeurs oxycarbonées accumulées dans la pièce voisine

par suite du tirage insuffisant de la cheminée avaient reflué à travers les interstices de la porte. Dans un autre cas l'empoisonnement vint de ce que le couvercle du poêle était mal ajusté.

On distingue une intoxication aiguë et une intoxication chronique. Il y a même une intoxication suraiguë, surtout expérimentale, qui a lieu quand on plonge un animal dans de l'oxyde de carbone pur : la mort se produit alors instantanément.

L'intoxication aiguë présente généralement deux périodes : 1° Une *période d'excitation*, qui se manifeste par les symptômes suivants : céphalalgie; sensation de compression ; bourdonnements d'oreilles ; tremblement ; angoisse extrême ; sensation de déchirement dans la poitrine ; nausées ; vomissements ; 2° Une *période de dépression*, caractérisée par la perte de la sensibilité tactile et générale, par celle des mouvements réflexes. Un point essentiel, c'est que la sensibilité n'est pas abolie tout d'un coup. Elle commence par disparaître aux extrémités. Les régions qui conservent le plus longtemps leur sensibilité sont la région *antérieure du thorax et la cornée*. La persistance plus prolongée de la sensibilité cornéenne est un fait général ; mais il n'en est pas de même pour celle de la région antérieure du thorax, qui constitue une particularité importante, surtout au point de vue thérapeutique, car elle donne l'indication de porter sur cette région les excitations stimulantes.

Bref, la face devient violacée ; la respiration, après avoir été stertoreuse, cesse, ainsi que la circulation (je ne sais quelle est celle des deux fonctions qui s'arrête la première), et la mort a lieu dans le coma. Souvent on observe une raideur tétanique, avec ou sans convulsions.

La mort n'est pas fatale : l'asphyxié peut guérir, témoin notre malade. Dans ce cas, il reste de la torpeur, de la céphalée, des bourdonnements d'oreilles, un accablement général ; quelquefois des rêvasseries et du délire. La peau présente une rougeur spéciale. Le malade éprouve des vertiges, qui disparaissent peu à peu.

Il est un point important pour le pronostic de l'intoxication, ce sont les *accidents consécutifs*. Un auteur allemand, Poelchen, rapporte six observations de ramollissement cérébral.

Dans quelques cas ce sont des troubles intellectuels, des sortes de folie qui ont suivi l'empoisonnement par l'oxyde de carbone dont ils n'étaient que l'effet, puis enfin des névralgies, des paralysies, phénomènes si bien étudiés, tout d'abord par Bourdon, puis par Leudet, et depuis lors par beaucoup d'autres médecins. Le plus souvent partielles, les paralysies peuvent s'étendre et ressembler à la paralysie générale, avec cette différence que, dans cette dernière maladie, les accidents sont graduels et lents, tandis que dans l'intoxication oxycarbonée ils sont presque immédiats.

Ces paralysies ne sont pas sans analogie avec celles de l'alcoolisme, si bien étudiées par M. Lancereaux lui-même. Elles affectent de préférence, comme ces dernières, les extrémités des membres et surtout les membres inférieurs, mais plus souvent elles restent localisées à un seul membre ou à un seul nerf.

Ajoutons que des troubles de vaso-motricité, œdèmes des extrémités des membres accompagnés de douleurs, ulcères, eschares, sont assez fréquemment observés à la suite de l'intoxication oxycarbonée.

L'intoxication chronique est encore plus importante que la première, et plus difficile à diagnostiquer. Relativement commune dans certaines professions, telles que celles des cuisiniers travaillant dans des pièces privées de cheminées, blanchisseuses se servant de réchauds, etc. ; elle a été également constatée dans les écoles, notamment au lycée de Chambéry.

M. Lancereaux a constaté une fois une toux sèche, causée par les émanations d'un poêle mobile.

Cadet de Gassicourt a rapporté qu'un enfant de vingt-neuf jours pour lequel il était consulté, présentait de la torpeur, de l'anéantissement, de la somnolence, et refusait les aliments. Ce médecin distingué fut d'abord embarrassé. Heureusement il eut l'idée de la possibilité de l'influence d'un poêle, et constata qu'il s'agissait d'une intoxication par l'oxyde de carbone. L'enfant fut séparé du poêle, et alla bien au bout de quelques jours.

Les phénomènes caractéristiques de l'intoxication oxycarbonée chronique sont : des céphalées habituellement frontales, et presque continues ; des vertiges ; des défaillances, pertes de connaissance ; *de l'anémie*, si fréquente chez les cuisiniers ; une diminution de l'appétit, de la dyspepsie. L'oculiste Guépin a observé dans ces cas des troubles de la vue, de l'hypérémie de la choroïde et de la papille du nerf optique, de la dilatation des vaisseaux. On observe aussi des troubles vaso-moteurs dans les extrémités, des œdèmes, des eschares.

Les lésions anatomiques sont importantes au point de vue médico-légal. Portal avait observé que les cadavres des individus empoisonnés par l'oxyde de carbone conservent leur chaleur. Devergie avait noté la coloration verte qu'ils prennent au bout d'un certain temps, et le retard de la putréfaction. Il est deux signes essentiels qu'on a signalés : les *cornées brillantes* et la *coloration rouge de la peau*.

De plus, la contracture cadavérique persiste pendant longtemps ; les organes présentent des ecchymoses de peu d'étendue, toujours périphériques, sur les plèvres, le péritoine, la tunique séreuse du foie. Ces ecchymoses, se rencontrant d'ailleurs dans un grand nombre d'intoxications, n'ont qu'une importance relative.

Le sang est *liquide*, sans coagulation fibrineuse. On a dit qu'il est rouge ; cela est vrai chez les animaux (Claude Bernard a montré que du sang veineux devient rouge sous l'action de l'oxyde de carbone); mais M. Lancereaux a presque toujours trouvé chez le cadavre le sang noir ; il n'est rouge que dans les cas d'empoisonnement suraigu...

Klebs a prétendu qu'il existait une diminution du tonus des petits vaisseaux ; ce serait là vraisemblablement l'origine des extravasations sous-séreuses, du ramollissement cérébral constaté dans quelques cas.

Cet auteur, d'ailleurs, a démontré, sur les ailes transparentes de la chauve-souris, l'accumulation du sang dans les petits vaisseaux, sous l'influence de l'intoxication oxycarbonée. Leudet a observé quelquefois des névrites. Les poumons ne sont pas seulement ecchymosés, mais dans quelques cas atteints de bronchopneumonie. Plusieurs raisons l'expliquent : la congestion pulmonaire, l'air froid et l'eau froide qui sont administrés aux asphyxiés.

Le mécanisme de l'intoxication oxycarbonée a été mis en lumière. Il a constaté qu'il suffisait parfois de 1/600 d'oxyde de carbone dans l'air pour amener la mort d'un animal. Les oiseaux sont les plus susceptibles, parce qu'ils consomment une plus grande quantité d'oxygène ; un cobaye, dans la même atmosphère, résistera plus longtemps. Cl. Bernard a montré, de plus, que le même animal résiste mieux s'il a été accoutumé à consommer moins d'oxygène, par un séjour préalable dans l'air confiné. Les animaux à sang froid, les animaux hibernants sont presque insensibles à l'action de l'oxyde de carbone. C'est lui qui a découvert que l'oxyde de carbone a la propriété de se fixer sur le globule rouge et d'empêcher l'hématose.

Il résulte de ces faits que l'individu *le plus jeune*, celui qui a le plus grand besoin d'oxygène, doit résister moins bien à l'intoxication oxycarbonée. C'est, en effet, ce qui arrive.

Le diagnostic est parfois difficile : n'oubliez pas, en présence d'anémie, d'œdèmes nerveux, d'ulcères, de paralysies partielles, de troubles mentaux, de rechercher s'il n'y aurait pas là un empoisonnement par l'oxyde de carbone, et si, dans le voisinage du malade, il n'existe pas quelque poêle, quelque réchaud, quelque foyer capable de dégager de l'oxyde de carbone.

Le traitement de l'empoisonnement oxycarboné a d'abord été empirique: Portal saignait et rafraîchissait; Mary réchauffait et tonifiait les malades. La saignée est, en effet, indiquée par la stase sanguine, provenant du défaut de tonus des petits vaisseaux ; les toniques sont aussi bons. Mais le traitement rationnel ne date que du moment où nos connaissances physiologiques ont élucidé le mécanisme de l'intoxication.

Voici comment il faut agir : tout d'abord, examiner l'état de la sensibilité ; si celle-ci persiste sur le tronc, appliquer l'eau froide et les flagellations ; faire des piqûres d'éther ; administrer des inhalations d'oxygène. C'est en 1865, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Grisolle, que l'utilité de l'oxygène fut mise en évidence. Quand on peut se procurer de l'oxygène, il ne faut pas oublier de recourir à ce moyen, sans négliger tous les autres procédés ordinairement mis en pratique, et sans oublier la respiration artificielle.

Remack a proposé le courant galvanique; c'est un moyen utile. Klebs a préconisé le *seigle ergoté*, qui fait contracter les petits vaisseaux ; idée rationnelle, qui peut rendre des services dans certains cas, par exemple, quand les poumons sont fortement congestionnés. Les purgatifs, également conseillés, sont sans grande utilité.

En résumé, c'est à la science et non à l'empirisme, qu'il faut demander les indications rationnelles ; dont les deux principales sont la stimulation de la région thoracique et les inhalations d'oxygène.

Pleurésies hémorrhagiques (1).

M. *Lereboullet* a obtenu la guérison très rapide de trois pleurésies hémorrhagiques par la thoracentèse suivie d'une révulsion énergique. Il a évacué des épanchements d'un demi-litre à plus d'un litre ; le liquide était soit séro-sanguinolent, soit composé de sang presque pur, soit louche, déjà manifestement purulent, mais très fortement coloré en rouge par du sang. Tantôt l'évolution avait été très aiguë ; tantôt l'état général mauvais du sujet pouvait faire redouter la tuberculose. La révulsion a consisté en cautères. Dans un des cas la guérison se maintient depuis six ans.

M. Lereboullet croit pouvoir à la suite de ces faits conclure à la curabilité des pleurésies hémorragiques non cancéreuses, que l'épanchement soit dû à l'acuité de l'inflammation, qu'il dépende de la dénutrition de l'organisme ou qu'il se produise à la suite d'un effort déterminant la rupture de néo-membranes vasculaires. Sans nier l'existence de pleurésies *histologiquement* tuberculeuses, il ne croit pas que la tuberculisation pulmonaire soit toujours à redouter après une pleurésie.

(1) Société médicale des hôpitaux.

REVUE DE CHIRURGIE

Du massage dans les fractures.

D'après M. Lucas-Championnière (1), la pratique du massage domine tout l'avenir du traitement des fractures et le transforme complètement : le massage *immédiat* est le véritable traitement des fractures, sauf les cas où une très grande tendance au déplacement empêche de l'utiliser. Même dans ces cas, il est souvent possible, au moyen d'artifices divers, de l'appliquer rapidement et de le combiner avec les appareils indispensables.

Quels sont donc les avantages du massage ? Il favorise la formation du cal, éteint les douleurs, rétablit la circulation du membre, évite les enraidissements tendineux, musculaires, articulaires, assure, en un mot, le rétablissement rapide des fonctions du membre.

Sont justiciables du massage toutes les fractures à foyer peu mobile, toutes celles qui ne comportent qu'un déplacement médiocre et surtout celles qui siègent au voisinage des articulations ou qui intéressent l'articulation. — Le massage est d'autant plus indiqué que l'âge du blessé est plus avancé : il est moins nécessaire pour les jeunes sujets.

Pour ne prendre que deux exemples, le massage donne d'excellents résultats dans la fracture du radius et la fracture du péroné. — Dans le massage de la fracture du radius, la fracture classique du poignet, il faut prêter grande attention aux gaines tendineuses dont le gonflement joue un rôle considérable dans la déformation : le masseur doit insister sur cette région. Le massage doit commencer le plus près possible de la surface de fracture. Les séances sont répétées autant qu'il est nécessaire. Au bout de 10 à 15 jours tout est terminé. Pour appareil une bande roulée. Le sujet doit se servir de sa main le plus rapidement possible. Disparition de la douleur, usage de la main dans la huitaine, retour des fonctions du poignet sans conservation de douleurs articulaires : tels sont les résultats. — Dans les cas de fractures avec mobilité et grands déplacements, on applique un appareil après avoir massé et on reprend le massage au bout de 6 à 7 jours.

Pour la fracture du péroné, il n'y a qu'une contre-indication : c'est la tendance à la luxation du pied en dehors. — Dans les fractures ordinaires, le massage est facile et doit s'appliquer à tout le pied, aux orteils, à la périphérie de l'articulation, à la jambe jusqu'au genou en exceptant le foyer de la fracture. Une bande roulée forme tout l'appareil. Il faut commencer le plus tôt possible après la fracture

(1) *Bulletin médical*, 3 octobre 1888.

et recommander au sujet de ne pas marcher pendant la première huitaine.

Le retour rapide et solide de la fonction est la règle.

La fracture bi-malléolaire, sans grande tendance au déplacement, est un excellent sujet de massage. Même pour la fracture de la jambe au tiers inférieur ou à la partie moyenne, on obtiendra d'excellents résultats, soit qu'on traite les fractures sans appareils, lorsque la tendance au déplacement est médiocre, soit qu'on enlève l'appareil pour faire les massages. A peine la fracture est-elle solide, que les sujets marchent sans raideur du membre ; dans certains cas, les sujets marchent bien au bout de 25 et de 30 jours.

Dans un intéressant mémoire (1), notre ami H. Delagenière arrive à des conclusions identiques à celles de son maître, M. L. Championnière : il insiste sur le manuel opératoire du massage.

Pour tenir les fragments immobiles pendant le massage, on se sert de coussins faits avec une double enveloppe de toile que l'on remplit incomplètement de sable fin et bien sec ; ces coussins sont des formes et des dimensions les plus variées. S'il s'agit d'une fracture de jambe siégeant à la partie moyenne, l'opérateur saisit solidement la jambe au-dessus et au-dessous du trait de fracture. Un aide enlève l'appareil, puis glisse un coussin de sable long de 65 à 6) centimètres et large de 35 environ ; il refoule un peu de sable sur les côtés, puis ne bouge plus. Le membre fracturé est alors doucement déposé sur le coussin. Avec les mains, *on fait* glisser un peu de sable pour bien caler le membre et on procède au massage en se conformant aux prescriptions suivantes :

1° Exercer des pressions de l'extrémité du membre vers sa racine pour favoriser la circulation de retour.

2° Exercer les pressions sur les endroits où se trouvent les gaines vasculaires, parce qu'on hâte ainsi la diffusion et la résorption des liquides épanchés.

3° Eviter le trait de la fracture, qui est presque toujours le siège d'une vive douleur ;

4° Chercher à faire disparaître certains points douloureux, s'il y en a, en exerçant de petits frottements et des malaxations spéciales ;

5° Faire exécuter des mouvements aux articulations voisines.

Voyons comment on peut appliquer ces règles à une séance de massage : par exemple pour une fracture des deux os de la jambe. Les deux pouces bien graissés et rapprochés l'un de l'autre sont appliqués par leur face palmaire sur le dos du pied, puis glissés doucement vers la racine de la jambe. En arrivant près du trait de fracture on diminue un peu la pression. Quand on est ainsi remonté jusqu'au-dessus du genou, on soulève les deux pouces et on les replace sur le pied, à côté l'un de l'autre. On continue ainsi pendant trois ou quatre minutes, en étendant un peu à chaque glissement la surface du contact. On arrive ainsi à employer d'abord la totalité des deux pouces, puis les éminences thénar, enfin toute la paume de la main.

Les pressions doivent toujours être progressives, c'est-à-dire de plus en plus fortes, mais jamais le malade ne doit accuser de la douleur.

(1) Contribution à l'étude du traitement des fractures par le massage, par Henri Delagenière (mémoire couronné par la Société de médecine d'Angers). — Angers. Imprimerie Lachèse et Dolbeau, 1888.

La jambe étant toujours sur le coussin de sa-ble, on l'immobilise avec les mains pour empêche[r] les fragments osseux de se déplacer, puis on fai[t] exécuter spontanément au malade les mouve-ments des orteils, puis du cou-de-pied. Cela fai[t] on se dispose à remettre la jambe dans l'appare[il] jusqu'à la prochaine séance. On place une mai[n] sous le talon, puis avec l'autre, en allant sans l[a] moindre brusquerie, on fait exécuter au pied u[n] mouvement complet de flexion et d'extensio[n]. Abandonnant le pied, on replace cette deuxièm[e] main plus haut pour soulever un peu le memb[re] pendant qu'un aide glisse dessous l'appare[il] plâtré. Le plâtre est alors maintenu en place av[ec] une bande de toile qui exerce partout une com-pression uniforme. Enfin, on termine en faisan[t] exécuter au genou, toujours doucement et san[s] secousse, un mouvement complet de flexion e[t] d'extension, ce qui est toujours possible quan[d] l'appareil a été bien construit.

Les appareils que l'on emploie, pour le traite-ment des fractures par le massage, sont des gou[t]-tières plâtrées ordinaires, aussi légères que possi-ble, pouvant être facilement enlevées et remise[s] en place. Pour cela, les poils de la jambe sont ra-sés avec soin, l'appareil taillé sur mesure sur l[e] membre lui-même, de telle façon que nulle par[t] la gouttière n'embrasse plus que la moitié de l[a] circonférence du membre.

Du côté du genou, l'appareil est arrêté au-des-sous de l'interligne articulaire. Du côté du pied l'articulation tibio-tarsienne seule est prise, l[e] plâtre ne dépassant pas les extrémités antérieure[s] des métatarsiens. Le plâtre est alors appliqué com-me d'ordinaire et maintenu avec une bande de toil[e] méthodiquement serrée depuis les orteils jusqu'a[u] genou. Le membre est laissé tranquille jusqu'a[u] moment jugé propice pour la deuxième séance d[e] massage. Et après chaque séance, si l'appareil es[t] conservé, on le réapplique de la même façon.

Quant à la durée pendant laquelle ces appareil[s] devront être utilisés, il est difficile de rien préci-ser. On les conserve tant que le cal osseux ne pa-raît pas solide à la jambe. Mais, à l'avant-bras, o[n] les enlève dès que le cal paraît assez solide pou[r] ne pas prendre une direction vicieuse.

Tumeurs vasculaires polypoïdes du méat urinaire chez la femme (1).

Parmi les différentes variétés de tumeurs d[e] l'urèthre, chez la femme, une des plus fré-quentes est constituée par les polypes d[u] méat : c'est à leur étude que notre confrère l[e] Dr A. Jondeau consacre sa thèse inaugural[e]. En se basant sur l'examen histologique, il leu[r] donne le nom de tumeurs vasculaires polypoïde[s]. — Ces tumeurs sont assez fréquentes et se ren-contrent à tous les âges de la vie ; cependant leur maximum de fréquence a lieu à l'âge de la plu[s] grande activité génitale de la femme, c'est-à-dir[e] à une époque où la femme est exposée à de fré-quentes congestions des organes du petit bassin à des phénomènes inflammatoires nombreux et à des troubles souvent répétés dans la circulatio[n] de cette région. Parmi les causes de congestio[n] uréthrale les plus fréquentes, il faut citer la réten-tion d'urine, les troubles de la menstruation, l[a] ménopause, les excès de coït, la grossesse, les tu-

(1) Etude sur les tumeurs vasculaires polypoïdes d[u] méat urinaire chez la femme, par le Dr A. Jondeau. Th. in. 1888, G. Steinheil, éd.

meurs utérines et ovariennes, l'antéversion utérine et la métrite ; à ces causes qui favorisent le développement des polypes par la stase sanguine qu'elles provoquent, il faut ajouter la blennorrhagie, la tuberculisation des voies urinaires, la syphilis (Velpeau), le nervosisme (Bouloumié).

Ces tumeurs vasculaires siégent le plus souvent et presque constamment à l'orifice du méat ou à quelques millimètres en arrière ; elles sont généralement très faciles à voir. Elles s'implantent communément sur la paroi inférieure de l'urèthre, jamais sur la paroi supérieure. Au début, ces tumeurs sont sessiles, mais, lorsqu'elles ont atteint un certain développement, leur base d'implantation est toujours très large et le pédicule fort court. Elles sont de volume très variable. Elles donnent lieu à des symptômes multiples, tels que troubles urinaires, douleurs, démangeaisons, cuissons, irritations, hémorrhagies, etc. Bien que ces tumeurs soient bénignes, elles n'ont aucune tendance à guérir spontanément et se reproduisent même avec une grande facilité ; aussi doivent-elles être traitées avec soin, d'autant plus que les accidents qu'elles déterminent sont parfois très pénibles.

Les moyens médicaux ne peuvent qu'apporter quelque soulagement, mais sont insuffisants pour amener une guérison définitive.

Lorsque la tumeur est tout à fait extérieure, on peut tenter d'obtenir la dessiccation de la tumeur avec des applications d'eau blanche (Caudmont), d'un mélange de sabine et de sulfate d'alumine à parties égales (Garru), etc. — Si la tumeur est petite, beaucoup de chirurgiens se contentent d'employer la cautérisation soit avec le nitrate d'argent, soit avec le fer rouge. — La ligature donne très souvent des résultats incomplets.

Le galvano-cautère peut rendre des services. L'excision est certainement la meilleure opération: elle peut se faire avec le bistouri, les ciseaux ou une curette tranchante. Dans certains cas où le méat est très étroit, ou lorsque le point d'implantation est situé profondément dans l'intérieur de l'urèthre, il faut pratiquer la dilatation ou l'incision de l'urèthre.

Comme ces tumeurs récidivent fréquemment, il est bon de compléter l'opération par une cautérisation au nitrate d'argent ou même au fer rouge. — On prévient l'hémorrhagie et le rétrécissement de l'urèthre, en plaçant une sonde à demeure pendant un certain temps et en pratiquant le tamponnement du vagin pendant quelques heures après l'opération.

Des excroissances cornées et de la transformation de leur point d'implantation en néoplasmes malins (1).

Tel est le titre de la thèse de notre confrère le Dr Paul Gilles: « Sous l'influence de certain état morbide, dit-il, il se développe parfois, quoique rarement, sur diverses parties du corps humain, des excroissances cornées qui constituent une aberration de la nature humaine. » Ces productions se développent aussi bien chez l'homme que chez la femme et se rencontrent à tout âge, mais surtout chez les vieillards. Les cornes naissent sur toutes les parties du corps, sur la peau, les muqueuses, mais le plus souvent à la tête. Elles sont uniques ou multiples, simples ou composées ; quelquefois, plusieurs d'entre elles ont leur origine sur une même base. Leurs dimensions varient depuis une tête d'épingle jusqu'au volume d'une corne de bélier. Elles vont, en se rétrécissant, de la base au sommet. Pointues en général à leur extrémité supérieure, elles offrent quelquefois un renflement en ce dernier point. La douleur qu'elles occasionnent est nulle ; elle n'existe que lorsqu'il y a déchirure ou inflammation du point d'implantation. Ces tumeurs se terminent très rarement par la guérison, quelquefois par la reproduction, le plus habituellement par la transformation du point d'implantation en néoplasme malin. L'opération de ces tumeurs consiste en une double incision circonscrivant la base de l'excroissance, incision suivie de l'arrachement et de la cautérisation actuelle énergique.

(1) Thèse de Montpellier. 1887. Serre et Ricome, éd.

Des salpingites et de leur traitement (1).

Une intéressante discussion sur cette partie de la thérapeutique gynécologique vient de s'ouvrir à nouveau à la Société de chirurgie à propos d'une communication de M. Routier ; presque tous les orateurs (L. Championnière, Richelot, etc.) trouvent mauvais le terme de salpingite s'appliquant à des lésions intéressant d'autres organes que la trompe; le Pr Trélat a même proposé le terme général de *métro - salpingo-ovaro-péritonites*, montrant ainsi que les lésions rarement isolées à la trompe peuvent atteindre l'utérus, l'ovaire, le péritoine.

Quant à la pathogénie, M. Lucas-Championnière est seul à défendre la théorie d'après laquelle les lymphatiques seuls serviraient de voie de propagation pour l'inflammation, quelle que soit l'origine des accidents primitifs, puerpéralité, blennorrhagie, etc. M. Quénu pense, au contraire, avec la majorité des pathologistes, que l'inflammation salpingitique n'est qu'une inflammation utérine directement propagée ; M. Terrier est du même avis et pense que la théorie invoquée par M. L. Championnière n'est applicable qu'exceptionnellement. De même M. Terrillon admet sans réserve la théorie de la propagation par continuité: « De l'utérus, dit-il, l'inflammation se propage à la trompe ; elle peut s'y localiser ou gagner le péritoine ; quant à l'ovaire, il n'est atteint que secondairement et le plus souvent à sa surface.. L'inflammation de la trompe succède toujours à une lésion de l'utérus par propagation et la marche des inflammations péri-utérines prouve que la trompe peut être considérée comme le pivot de ces inflammations. »

Presque tous les chirurgiens pensent que le chloroforme est utile dans les cas où le diagnostic n'est pas facile.

Quant aux indications de l'intervention chirurgicale, elles sont encore discutées ; tous les chirurgiens sont partisans de l'intervention lorsque les salpingites sont suppurées. Quant aux salpingites qui ne sont pas suppurées, M. Terrier ne les croit justiciables de l'opération que « lorsqu'elles donnent lieu à de violentes douleurs ou à des accidents hystériques intenses». De même, M. Terrillon pense qu'il est possible de guérir, sans intervention radicale, certaines salpingites peu douloureuses et peu anciennes, et que, d'autre part, certaines femmes, en raison de leur position sociale, peuvent supporter sans trop d'ennuis leur maladie. C'est ainsi que sur 86 cas de salpingites, M. Terrillon a déconseillé 28 fois l'opération.

(1) Voir sur ce sujet une revue dans le *Concours médical* (juin 1888.)

Quant aux résultats éloignés de l'intervention, il faut encore un certain temps pour les bien apprécier et, par conséquent, pour connaître les bénéfices réels qu'en peuvent tirer les femmes.

Des ligatures au catgut (1).

« Il est possible, dit M. Lucas-Championnière, de faire de la chirurgie antiseptique même sans être bien pourvu, avec des moyens simples. » M. Championnière insiste à ce propos sur le mode de préparation du catgut qu'il préfère à la soie pour la ligature des petites et des grosses artères ; il accorde même une sécurité plus grande, au point de vue de l'asepsie, à la soie et au catgut préparés par le médecin plutôt qu'aux mêmes substances qu'on rencontre dans le commerce.

La préparation du catgut est d'une extrême facilité : avec des chanterelles ordinaires de violon, on fait une bonne corde un peu forte ; avec des cordes de guitare ou de harpe, on a une provision de cordes fines ; les meilleures cordes sont des cordes françaises que l'on trouve chez les fabricants d'instruments. Pour les rendre aseptiques, on les fait macérer pendant 5 à 6 mois dans le mélange suivant préconisé par Lister :

Acide phénique cristallisé........	20 gr.
Eau................................	2 gr.
Huile d'olives	100 gr.

On dispose le vase avec des verres ou des cailloux de telle sorte que la petite quantité d'eau qui s'accumule au fond du vase ne baigne pas les cordes. Lorsqu'on veut se servir de ce catgut, on le retire du flacon et on le plonge 1/4 d'heure, dans l'eau phéniquée à 1/20. — Le catgut ainsi préparé a des propriétés multiples : il est souple, solide, se résorbe, ne fait pas gangrener les parties qu'il étreint, s'organise et ne subit pas d'éliminations. Autant de qualités qui en rendent l'emploi précieux dans la pratique.

Quant aux médecins qui ne veulent pas abandonner l'ancien fil de soie, M. L. Championnière leur conseille de se défier de toutes les soies préparées par ébullition, par macération phéniquée, par ébullition et cuisson dans divers liquides antiseptiques. Le moyen le plus simple est de conserver la soie dans une solution de sublimé au centième. La soie garde ainsi toujours sa solidité originelle. Elle ne subit même plus ce vieillissement si rapide qui la rend impropre aux usages chirurgicaux lorsqu'on la conserve à l'état sec.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De l'assurance contre les maladies (2).

Ceux qui ont lu, dans les derniers numéros du *Concours Médical*, le compte rendu de la brillante et si cordiale réunion du *Grand-Hôtel*, ceux surtout qui ont assisté à cette réunion, et qui, par conséquent, en conservent le si agréable souvenir, se rappellent certainement le projet dont notre directeur, le Dr Cézilly, a demandé l'étude et la mise en pratique.

L'*assurance du corps médical contre les maladies*, sous la forme et avec le fonctionnement d'une *Société de Secours Mutuels*, tel est le projet, tout à l'honneur du dévouement de M. Cézilly, dont j'ai à faire ici l'étude.

Pour commencer cette étude, je ne puis mieux faire, il me semble, que de mettre sous les yeux de mes lecteurs quelques chiffres intéressants, sur lesquels il me paraît nécessaire d'attirer leur attention.

Ces chiffres sont extraits d'un *mémoire* que je viens de publier sur les « *Données fournies par les sociétés de secours mutuels pour le fonctionnement des compagnies d'assurances contre les maladies.* »

Je dis, dans ce mémoire, que « si on totalise toutes les recettes des sociétés de secours mutuels, « de quelque nature que soient ces recettes, et « qu'on divise la somme ainsi obtenue par le nombre des membres participants, on obtient la *recette moyenne générale*, qui est de fr. 22.84. On « obtient, par le même procédé, la *dépense moyenne* qui est de fr. 17.40. La différence entre ces « deux chiffres constitue l'*excédent moyen de la recette sur la dépense*, qui est de fr. 5.44, comme « le démontre le calcul suivant :

« Recette moyenne....	Fr.	22.84
« Dépense moyenne..........	Fr.	17.40
« Excédent moyen de la recette « sur la dépense............	Fr.	5.44

« Or, si on laisse de côté les sommes versées par « les sociétés de secours mutuels à la caisse des « retraites, lesquelles sommes sont prises sur les « bénéfices, les sociétés ont à payer diverses sommes qu'on peut ranger dans les trois catégories « suivantes :

« 1° Des secours en argent ;

« 2° Des frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires ;

« 3° Des frais de gestion ;

« Dans les Fr. 17.40 dépensés par chaque sociétaire, voici la proportion qu'il faut attribuer à ces « trois sortes de dépenses. En 1881, qui est l'année « moyenne que nous avons prise pour type, on a « payé :

« 1° En secours en argent.....	42.51 %
« 2° En frais médicaux, pharma- « ceutiques et funéraires..	41.88 »
« 3° En frais de gestion et dé- « penses diverses.........	15.61 »

« Si maintenant nous comparons aux recettes « les dépenses et les excédents de recettes sur les « dépenses, nous remarquons que les dépenses « s'élèvent à..................... 75 70 % « dont :

« Pour les secours en argent..	32.17 %
« Pour les frais médicaux, « pharmaceutiques et funé- « raires......	31.73 »
« Pour les frais de gestion et « dépenses diverses.........	11.80 »
« Et que l'excédent des recettes « sur les dépenses est de....	24.30 »

« Qu'au lieu de payer les frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, les sociétés de secours mutuels aient donné, sous forme de se

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, novembre 1888.

(2) Nous reproduisons cette lettre. Nos lecteurs peuvent en examiner les chiffres, mais ils ne doivent pas en conclure qu'il n'est pas possible d'abaisser notablement le taux de la cotisation annuelle. Nous pourrons en faire prochainement la démonstration.

« cours en argent, les sommes ainsi dépensées, et « les 75.70 % de dépenses pourraient se diviser « ainsi :

« Secours en argent.......... 63.90 %
« Frais de gestion............ 11.80

« c'est-à-dire qu'avec une cotisation moyenne de « fr. 22.84, les sociétés de secours-mutuels pour- « raient réaliser le résultat suivant :

« Secours en argent.......... 63.90 %
« Frais de gestion et dépenses « diverses.................... 11.80 »
« Excédent des recettes sur les dé- « penses.................... 24.20 »

« Une compagnie d'assurances, opérant de cette « manière, pourrait donc, aussi, en recevant par « assuré, une *prime* de............ 22.84 « établir ainsi son budget :

« Recettes... Fr. 22.84

« Dépenses { Indemnités aux malades ou sinistrés 63.90 %, fr. 14.90 ; Frais généraux 11.80 % fr. 2.50 } 17f.40

« Excédent des recettes sur les dépenses, fr. 5.44

« Si nous recherchons, maintenant, quelle est « *la dépense par journée de maladie et par socié-* « *taire,* nous trouvons que, chaque sociétaire « ayant à supporter annuellement 4 jours 43 de «maladie, et recevant, pour ce chômage, une « somme de fr. 14.90, reçoit, par conséquent, *une* « *indemnité quotidienne de fr.* 3.36.

« Puisque, pour fr. 22.84 de cotisation, l'indem- « nité quotidienne est de fr. 3.36, c'est que *chaque* « *franc d'indemnité quotidienne correspond à une* « *cotisation de fr.* 6.79 »

Ces chiffres sont obtenus par des calculs faits d'après des documents officiels. Ils ne sauraient donc être contestés et peuvent, par conséquent, nous servir de base pour l'évaluation, que nous avons à établir ici, de la cotisation qu'il faudrait demander à chaque médecin pour lui garantir une indemnité de dix francs, par chaque journée de maladie, pendant 4 mois (1).

L'examen le plus superficiel des chiffres cités plus haut, et produits par le fonctionnement des sociétés de secours mutuels, démontre l'existence :

1° D'un excédent de recettes sur les dépenses ;

2° De frais généraux assez considérables, qu'on peut momentanément éliminer du budget des recettes et du budget des dépenses, ce qui réduit à fr. 14.90. les dépenses de chaque sociétaire, et, comme ce dernier a à supporter chaque année 4 jours 43 de maladie et qu'il reçoit par jour 3.36 d'indemnité, il s'ensuit *que chaque franc d'indemnité quotidienne correspond à une cotisation de fr.* 4.43.

Ceci revient à dire que, dans une *mutuelle* IDÉALE, c'est-à-dire, dans une mutuelle qui ne chercherait pas à réaliser des bénéfices et qui fonctionnerait sans frais généraux, la prime d'assurances,ou plutôt *la cotisation, devrait être égale à l'indemnité quotidienne multipliée par le nombre de jours de maladie supposé égal pour chacun des sociétaires.*

D'après les données fournies par les sociétés de secours mutuels, la cotisation qui permettrait d'assurer à chaque sociétaire un franc d'indemnité quotidienne en cas de maladie, serait donc de fr. 4.43, et de fr. 44.30 pour assurer une indemnité de 10 francs.

Mais nous nous sommes placé au point de vue d'une *mutuelle idéale*, c'est-à-dire d'une mutuelle fonctionnant sans frais généraux et ne réalisant pas de bénéfices. Or, il n'est pas besoin de dire que, dans la pratique, une pareille mutuelle ne pourrait pas fontionner.

Il faut donc faire entrer en ligne de compte les *frais généraux.* Quel est le montant de ces frais que nous aurons à faire supporter à chacun des sociétaires ? C'est ce que nous avons à fixer ici.

Ces frais généraux, ou *frais de gestion*, comme on les appelle encore, sont, en moyenne :

1° De *un franc* par sociétaire, dans les *sociétés de secours mutuels approuvées ;*

2° *De un franc quarante centimes, dans les sociétés de secours mutuels autorisées ;*

ou encore :

1° De 137 francs 27 par *société approuvée* ;

2° De 195 francs 44 par *société autorisée.*

Mais ces chiffres sont des *moyennes* dues au fonctionnement d'une multitude de petites sociétés indépendantes, dont les frais généraux sont relativement élevés, en raison du nombre restreint des membres participants de chacune de ces sociétés.

Admettons que le nombre des membres de la *Société de secours mutuels* que M. Cézilly a en vue soit de 1000 ; nous aurons 1000 adhérents qui, au tarif déterminé plus haut, devront payer 1000 fois 44 francs 30, soit 44.300 francs. En ajoutant, pour imprimés, frais de recouvrement par la poste, et traitement alloué à l'employé chargé des écritures, etc..., 1700 francs,ce qui me semble suffisant, pour cette raison que les sociétés locales possèdent tout leur personnel administratif fonctionnant à titre gratuit, nous aurons donc, pour les dépenses de 1000 sociétaires, en admettant, comme cela a été démontré, qu'ils ne dépensent que 44 francs 30 :

1000 adhérents à 44 fr. 30.	fr.	44.300 fr.
Frais généraux...........	»	1.700 »
Total	»	46.000 »

Ce qui revient à dire qu'une indemnité de 10 francs par jour pourrait être accordée à 1000 Sociétaires, moyennant une cotisation annuelle de 46 francs, *pendant 4 mois.*

Remarquons tout d'abord que *ces chiffres se rapportent à* LA MORBIDITÉ GÉNÉRALE MOYENNE, c'est-à-dire qu'ils ont été obtenus en tenant compte, non seulement des *cas les plus graves*, ce qui veut ici dire de la plus longue durée (1), mais encore de *ceux qui ont pour origine, non seulement la maladie proprement, mais encore l'accident* ; il en résulte donc que l'indemnité à laquelle aura droit le sociétaire malade pourra être indéfiniment prolongée, comme l'incapacité professionnelle elle-même.

Remarquons encore que ces chiffres sont le résultat d'observations faites sur un *nombre très-considérable d'unités sociales* (UN MILLION ENVIRON) *situées dans les conditions d'existence les plus diverses, et dans les limites d'âge exigées par les sociétés de secours mutuels,* et dans un milieu qui

(1) Les sociétés de secours-mutuels donnent en moyenne, l'indemnité complète pendant 3 mois, et la moitié de cette indemnité pendant les 3 mois suivants, soit environ pendant 4 mois 1/2 de maladie.

(1) Dans les calculs précités, les *maladies incurables* et les *infirmités* ont été, et devraient être, de toute nécessité éliminées. Elles seront l'objet d'une étude spéciale à propos de la *rente viagère.*

réclame sans compter les indemnités dues pour les journées de maladies, et ne se gêne pas pour le faire, alors même que ces indemnités ne sont pas dues.

Cette *exploitation*, pour employer l'expression consacrée, et qui seule peut bien exprimer ma pensée, n'aura pas lieu, il faut l'espérer, avec le *corps médical*, qui, dans bien des cas, au contraire, ne réclamera pas ce qui lui sera dû, notamment dans les maladies insignifiantes et de très courte durée, où l'incapacité professionnelle ne peut pas déséquilibrer le budget. De là, un premier et assez important bénéfice sur le chiffre de fr. 46.000 encaissé.

Mais M. Cézilly ne veut pas se contenter de réclamer une cotisation de 46 francs par an à chaque sociétaire ; il lui réclamera 48 francs, soit 2 francs de plus que ne l'indiquent les calculs précités. Il en résultera donc, pour la *mutuelle*, une seconde source de bénéfice, qui est nécessairement évaluée ici à 2,000 francs.

Ces 2,000 francs, annuellement économisés et placés, donneront, au bout de dix ans, à intérêts composés et au taux de 4 %, qui est le taux qui sert de base au calcul des primes des Compagnies d'Assurances sur la vie, la jolie somme 24.012 f. 18.

Dans dix ans donc, à condition, bien entendu, que la *morbidité des médecins ne dépassera pas, et cela est au moins probable, la morbidité des sociétés de secours mutuels*, la mutuelle de M. Cézilly sera riche de 24.012 fr. 18 après avoir rendu les plus incontestables services.

Si les calculs cités plus haut peuvent décider nos confrères à devenir les adhérents du projet de M. Cézilly, nous n'aurons pas à regretter le petit travail auquel ce projet aura donné lieu.

Mais la *mutuelle-maladies* peut encore rendre un autre service, non moins important que celui de *l'indemnité quotidienne temporaire*, c'est celui de l'indemnité quotidienne indéfinie ou de RENTE VIAGÈRE, pour l'appeler par son nom, rente qu'il faut arriver à servir aux infortunés confrères qu'une maladie incurable ou une infirmité aura rendus incapables de se livrer à leurs occupations professionnelles.

Nous étudierons, dans un prochain article, quel est le chiffre de la *sur-prime* ou *sur-cotisation* moyennant laquelle la mutuelle-maladies pourrait promettre cette rente à ses sociétaires (1).

Docteur X.

MÉDECINE PUBLIQUE.

La déclaration obligatoire des maladies épidémiques.

Le monde médical, en France, se préoccupe très sérieusement depuis assez longtemps de prévenir quelques-unes, au moins, de ces maladies infectieuses contre lesquelles la thérapeutique est à peu près désarmée.

Dans sa séance du 24 septembre 1888 le Comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé un rapport de M. Brouardel sur la déclaration des causes de décès et les moyens de rendre cette déclaration compatible avec le secret professionnel.

Dans une note parue au *Journal Officiel*, il est dit que « le Comité consultatif d'hygiène publique « est d'avis qu'il y a lieu de préparer un projet de « loi qui rendrait obligatoire pour les médecins la « déclaration d'un certain nombre de maladies in- « diquées sur une liste nominative qui pourrait « être modifiée par décret, suivant que les décou- « vertes scientifiques rendraient les adjonctions « utiles à la santé publique.

« Dès maintenant cette liste pourrait compren- « dre les maladies suivantes : choléra, choléra in- « fantile, coqueluche, diphthérie, maladies infec- « tieuses, puerpérales, maladies septicémiques, « peste, rougeole, scarlatine, suette, typhus exan- « thématique, variole. »

Un pareil projet de loi ne peut être qu'approuvé, car il est vraiment temps de faire sortir notre pays de ce rang d'infériorité où il se trouve vis-à-vis de la législation sanitaire des pays voisins qui semblent avoir plus à cœur la santé publique.

Cette question de la déclaration obligatoire des maladies épidémiques intéresse aussi bien les médecins, dont la pratique va subir une importante modification, que les malades et leurs familles ; elle n'est pas sans intérêt non plus pour les gens bien portants, puisque ce sont eux plus particulièrement qui en bénéficieront.

Tel qu'il a été publié dans le *Journal Officiel*, le rapport du Comité d'hygiène semble se prêter à certaines critiques : on peut, à mon avis, lui reprocher d'exiger la déclaration pour un trop grand nombre de maladies et de rester muet sur la nécessité de la désinfection et de l'isolement qui cependant sont l'un et l'autre le corollaire obligé de la déclaration, si l'on veut que cette dernière soit réellement utile et efficace.

Pour ce qui est de la déclaration, personne n'en contestera la légitimité et l'utilité comme moyen prophylactique. Il serait, je crois, superflu de discuter jusqu'à quel point elle peut s'allier avec le secret professionnel ; comme l'a établi l'éminent rapporteur, M. Brouardel, avec sa grande autorité de médecin légiste, les éléments constitutifs du secret médical ne se rencontrent pas dans l'immense majorité des maladies épidémiques. De plus, toutes les arguties juridiques tomberont devant un texte de loi formel et précis.

Il faut l'avouer, l'obligation de déclarer une affection transmissible n'est pas pour déplaire aux gens bien portants ; quant aux malades, quant à ceux qui les soignent et les entourent, c'est une tout autre affaire. Mais, dans de semblables questions, l'intérêt général doit primer les convenances personnelles : *Salus populi suprema lex esto*?

Le point délicat est de savoir qui sera chargé de la déclaration. Sera-ce le médecin ou le chef de famille, ou bien les deux à la fois ? Si c'est le médecin, le corps médical s'écriera, comme en Angleterre, que cette mesure rend les relations difficiles avec les clients ; mais on doit faire appel à l'homme de l'art et compter absolument sur le dévouement du corps médical.

Il sera en effet difficile d'obliger un père ou une mère à déclarer l'existence d'une angine diphthéritique ou d'une variole. Les parents se retrancheront derrière l'excuse de l'ignorance et préféreront subir une amende, qui ordinairement sera

(1) Dans cette étude nous ferons nécessairement entrer en ligne de compte *la question importante de* L'AGE *du sociétaire*. Ce facteur n'a pas été considéré dans le travail ci-dessus, le projet M. Cézilly comportant une cotisation uniforme. Voilà pourquoi nous croyons nécessaire de répéter que des calculs ne pourront être exacts qu'à cette condition très expresse que *la morbidité des médecins ne dépassera pas, comme cela est probable, la morbidité des sociétés de secours mutuels*.

unique dans ce genre. Il ne peut en être ainsi du médecin qui en la matière est compétent d'abord et pour lequel les condamnations ne tarderaient pas à être cumulatives. Ce qu'il faut éviter absolument, c'est de faire peser l'obligation de la déclaration sur plusieurs personnes à la fois, car le médecin comptera sur la famille et la famille sur le médecin.

Mais à quoi aboutira cette déclaration, si elle n'est pas suivie de mesures répressives ? A quoi bon obliger un médecin à dénoncer un varioloux, si ce même varioleux peut se promoner où bon lui semble ? C'est ici que surviennent les difficultés ; il va falloir s'en prendre à la liberté individuelle et violer la liberté du donicile. La liberté, voilà l'obstacle, et restreindre la liberté individuelle, qui seule sait se plaindre, est, aux yeux de nos légiférants, un crime si abominable, qu'ils respectent celle du chien, au risque de prendre eux-mêmes la rage. Les précurseurs de la Révolution entendaient autrement la liberté. D'Argenson disait : « Dans la République, chacun est « parfaitement libre en ce qui ne nuit pas aux « autres, » et Jean-Jacques : « Il n'y a que les « malfaiteurs qui empêchent le citoyen d'être « libre. » Or quel malfaiteur fait plus de victimes que la plus petite des maladies épidémiques ?

Si l'on veut que cette loi sur les épidémies rende les services qu'on est en droit d'en attendre, il est nécessaire de ne pas la rendre trop tracassière pour les intéressés. L'unique moyen serait peut-être de ne pas englober toutes les maladies infectieuses dans les mêmes mesures répressives ; on ne peut en effet mettre sur le même pied le choléra et la coqueluche, la peste et la rougeole ; il suffirait, il me semble, de limiter l'obligation à quelques maladies exotiques comme le choléra et la peste et, parmi les maladies indigènes, la variole et la diphthérie seulement.

Il serait aussi dangereux, je crois, de confier l'application de cette loi aux municipalités ; si l'on veut, en effet, que cette mesure devienne une réalité, la surveillance doit en être donnée à une autorité plus élevée et surtout plus indépendante que celle d'un maire ou d'un adjoint ; il faut un administrateur qui ne soit gêné par aucune préoccupation locale, aucun souci de réélection et dont l'unique objectif consiste à exécuter les ordres du Gouvernement vis-à-vis duquel il est responsable ; c'est donc au pouvoir central, au Préfet, que doit incomber le soin de faire exécuter de semblables mesures.

En résumé, c'est au médecin que doit être confié le soin de faire la déclaration ; cette déclaration ne doit viser qu'un petit nombre de maladies épidémiques, et, pour être efficace, elle doit être accompagnée de certaines mesures d'isolement et de désinfection ; enfin, c'est aux préfets que doit en être confiée l'exécution.

En terminant, qu'il nous soit permis de former des vœux pour que ce projet aujourd'hui à l'état embryonnaire, n'aille pas s'éterniser dans les cartons parlementaires. M. Brouardel a attaché le grelot ; c'est maintenant aux médecins de la Chambre qu'appartient de mener à bonne fin l'œuvre ébauchée par le Comité consultatif d'hygiène. La loi Roussel a passé, mais elle est incomplète, et l'enfant, ce capital qui ne demande qu'à croître, ne sera tout à fait protégé que s'il est défendu contre les maux que les hommes lui communiquent inconsciemment ; alors seulement nous aurons atteint le but que Rousseau assigne à toute association politique : « La conservation et la prospérité de ses membres ! »

Joseph Davéo.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Le délire des persécutions

Leçon recueillie par M. Joseph Davéo.

Quand M. le professeur Ball a repris les conférences cliniques qu'il fait le dimanche à l'Asile d'aliénés de Sainte-Anne, il a remercié d'abord les nombreux médecins et magistrats, ainsi que ses collègues de l'Académie et de la Faculté qui étaient venus assister à son cours d'ouverture. « Les témoignages de sympathie, a-t-il-dit, sont « pour un professeur la plus belle de toutes les ré- « compenses et le plus précieux de tous les encou- « ragements. »

Il a annoncé ensuite qu'il débuterait cette année par le « *délire des persécutions* » et à ce propos il a fait l'éloge de Lasègue, « un des plus illustres parmi la phalange des médecins qui ont parcouru dans tous les sens le terrain des persécutions ».

« Il y a aujourd'hui, dit-il en terminant, une « génération nouvelle qui semble vouloir consi- « gner la mémoire de Lasègue à l'oubli et j'en « suis indigné ! Je reconnais les travaux de la gé- « nération nouvelle ; mais je ne permettrai ja- « mais, tant que j'aurai un souffle de vie, qu'on « vienne souiller les écrits de Lasègue ! »

I. *Le délire des persécutions.*

A la classification des maladies mentales donnée par Pinel, son élève Esquirol a cru devoir, tout en la respectant, rattacher une classe nouvelle : celle des monomanes, groupe dispersé qui présente des ambitieux, des incendiaires, des homicides, des voleurs et enfin des persécutés.

C'est à Lasègue qu'il appartient d'avoir détaché de ce groupe confus les persécutés proprement dits. Il y a bientôt trente et un ans qu'il leur a le premier donné une classe à part dans les maladies mentales.

Le premier en date qui se soit occupé du délire des persécutions, c'est un philosophe allemand, Emmanuel Kant. Toutefois, dans la description qu'il en donne, nous relevons une erreur. Kant dit que « les persécutés ne sont pas dangereux ». De sanglantes expériences nous ont appris depuis un siècle qu'il n'en est pas ainsi.

Loin d'être toujours semblables à eux-mêmes, les persécutés présentent plusieurs groupes dans lesquels nous trouvons en première ligne : Le vrai persécuté, type décrit par Lasègue ; ensuite : le persécuté ambitieux, types Morel, Foville et Falret ; en troisième lieu : le persécuté persécuteur, types Lasègue et Falret ; ensuite : la folie à deux ou communiquée ; et enfin : les idées de persécution propres aux alcooliques, aux débiles, aux paralytiques généraux, aux séniles, aux hypocondriaques, etc.....

Nous nous occuperons aujourd'hui du vrai persécuté, c'est-à-dire du type décrit par Lasègue.

II. *Le vrai persécuté.*

Je commencerai par vous présenter un malade qui présente tous les caractères du véritable persécuté et dont le certificat d'admission à Sainte-Anne est un des derniers qu'ait signés Lasègue.

C'est par la porte des hallucinations qu'il est entré dans le délire, il y a de cela quinze ans. Depuis, poursuivi par les hallucinations les plus pénibles au sujet surtout de la réputation de sa femme, il a cherché à se trouver des persécuteurs et il est en ce moment-ci dans cette période de la persécution où l'on n'a pas encore fait définitivement choix d'un persécuteur ; il se dirigera peut-être plus tard vers le territoire du délire ambitieux. Comme le démontre l'histoire de ce malade, c'est surtout dans les antécédents qu'il faut chercher la cause de la maladie.

On observe toujours, chez les malades qui forment cette classe des vrais persécutés, un caractère particulier: ils sont inquiets et soupçonneux.

On a dit aussi que ces malades étaient, en général, d'une intelligence au-dessous de la moyenne. Cela est faux, les persécutés sont au contraire les plus intelligents des fous. On y trouve : des littérateurs, des poètes et quelquefois même de véritables génies. C'est une idée vraiment humiliante pour l'humanité que J. J. Rousseau, dans les pages les plus belles de ses écrits, aujourd'hui classés parmi les chefs-d'œuvres de la littérature française, ait fait preuve de persécuté.

Chez le véritable persécuté l'on trouve d'une façon saillante l'hypertrophie du moi. Le vrai persécuté est avant tout un être subjectif, il se considère comme le pivot de l'univers et croit que tout se fait contre lui. Tous les incidents, même les plus futiles, rebondissant sur une imagination pareille, peuvent amener les désordres les plus graves. Témoin, ce jeune exilé Ecossais qui, il y a quelques années, passant sur le boulevard des Italiens, vit un monsieur cracher à côté de lui ; croyant qu'il avait été envoyé pour l'arrêter, il lui tira deux coups de revolver.

Les premiers symptômes commencent à se faire jour très prématurément, quelquefois au collège ; ils se modifient seulement lorsque le malade entre dans la période pathologique. C'est ce que nous appellerons la période des interprétations délirantes. A ce moment le malade discute et interprète tout. Dans une parole, dans un sourire, dans un geste, il voit les vestiges d'une conspiration. Le délire inquiet constitue donc la première période. A la seconde ces accidents prennent un caractère plus pathologique ; c'est la période des hallucinations. Il n'y a pas de persécuté qui ne soit halluciné ou ne l'ait été à une époque quelconque. Le sens le plus atteint, c'est l'ouïe. Aux hallucinations de l'ouïe, il faut ajouter celles du goût et de l'odorat ; les malades se croient continuellement empoisonnés et prennent leurs précautions. Les hallucinations de la vue, si fréquentes en médecine mentale, sont presque nulles chez les persécutés. Ces malades souffrent aussi de la sensibilité générale : ils croient qu'ils sont piqués, brûlés, électrisés. On rencontre aussi chez eux, et cela d'une manière constante, des hallucinations génitales et érotiques : les femmes se croient violées, les hommes soupçonnés.

A cette période le persécuté est bien près d'être un hypocondriaque. Morel avait en effet très bien établi que l'hypocondriaque peut devenir un persécuté. « Les hypocondriaques, dit-il, deviennent « souvent des ambitieux », et il entendait par là des persécutés. C'est le début, sinon habituel, du moins fréquent. L'invasion brusque du délire des persécutions est un fait singulier et paraît paradoxale. Un des caractères les plus marqués de la persécution, c'est la réticence, le feu qui éclate tout d'un coup peut avoir des origines plus lointaines.

Néanmoins Lasègue, et avec lui d'autres observateurs, ont noté des cas où l'explosion de la persécution était subite. On a pu observer chez certains malades un trouble cérébral profond, du vertige, du malaise ; la guérison se faisait et tout d'un coup le malade entrait dans le délire des persécutions.

La période des interprétations délirantes, qui constitue la première partie de la maladie, mène au grand phénomène appelé systématisation. Le malade, après avoir été l'objet d'hallucinations, cherche la cause qui l'écarte du contact de ses contemporains. Il commence alors à se créer un système ; il écrit un véritable roman, quelquefois absurde, tandis que J. J. Rousseau a écrit des pages que les générations ont saluées de leur admiration. Le persécuté commence à se poser des questions ; il les résout à sa façon, avec une logique dont les fils sont plus ou moins serrés. Il cherche à relier tout et ceux qui l'interrogent pour la première fois sont étonnés de sa logique ; par ce moyen il arrive à se trouver des persécuteurs : c'est là le pivot de la maladie, le *turning wound* des Anglais. Il est persécuté par la police, les francs-maçons, les prêtres, etc.... Tel était le délire de J. J. Rousseau persécuté par une vaste conspiration ourdie par les auteurs de l'Encyclopédie. Il est certain qu'un homme qui fréquente des esprits éminents aura des conceptions autres que des ouvriers.

A ce moment le persécuté arrive à se trouver des persécuteurs individuels ; c'est là un symptôme grave, c'est le danger, le persécuté devient persécuteur, danger pour la société : nous en avons eu récemment de grands et terribles exemples. Un prêtre en veut à son évêque, un capitaine à son colonel, un malade à son médecin : elle est longue cette liste des médecins qui presque tous sont tombés sous le coup de leur persécuteur. Nous avons vu que le persécuté traverse une période de dissimulation. Cette dissimulation revêt trois formes. Dans la première le malade ne parle pas de son délire, il garde ses idées, ne les manifeste pas ; dans la seconde il dissimule, et dans la troisième il nie, il dit le contraire et va contre l'évidence.

Néanmoins les persécutés sont parmi les aliénés les moins sujets à la démence ; après avoir ressassé des idées, leur esprit résiste pendant plus d'un demi-siècle ; élimination faite des idées saugrenues, on reste en présence d'esprits vigoureux, ce qui fait que les méprises sont nombreuses.

Le délire de la persécution n'est pas une maladie à marche uniforme ; on peut le comparer à la courbe de température de la fièvre typhoïde : c'est une maladie à marche rémittente : la période de réticence correspond à la période de rémission de la fièvre typhoïde et la période d'exacerbation de cette dernière correspond à cette période pendant laquelle les crimes sont commis et où le malade jette l'épouvante dans la société.

Ce persécuté, que nous avons suivi pendant les différentes phases de son évolution, finit par s'arrêter ; mais il est avant tout un incurable, il peut y avoir dans son état des améliorations ; une guérison *complète, jamais* !

(A suivre.)

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS
DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

2e RÉUNION (*suite*).

Réorganisation de l'assistance publique.

M. le docteur de Fournestraux, délégué de l'arrondissement à la commission de réorganisation de l'Assistance publique, rend ensuite compte des travaux de cette commission et de l'accueil fait à son projet au sein du Conseil-Général.

Composée d'un certain nombre de conseillers généraux d'une part, et d'autre part de six délégués du corps médical élus par leurs confrères, un dans chaque arrondissement, la commission présidée par M. Laurent, secrétaire général, a entendu dans sa première séance le projet exposé par M. le docteur Gauthier (de Magny), Vice-Président du Syndicat du Vexin, et délégué de l'arrondissement de Mantes. Notre confrère réclamait, avec toute l'énergie qu'on lui connaît, le droit du médecin à être rétribué à la visite, d'après un tarif sur lequel l'administration et les communes pouvaient se mettre d'accord, mais où il serait tenu compte de la distance kilométrique. Il rejetait tout système d'abonnement comme entaché d'abus envers le corps médical et aboutissant fatalement aux mêmes défauts que le système actuellement en vigueur.

La Commission ne pouvait qu'approuver le point de départ et les lignes générales du projet de M. le docteur Gauthier. Mais ceux de ses membres qui faisaient partie du Conseil général refusèrent de s'y rallier parce que les conséquences financières ne pouvaient en être prévues, que, dès lors, les communes ne l'accepteraient pas, ce qui serait dans leur droit, et que le département se verrait grevé dans des proportions impossibles à calculer, et en tout cas bien au-delà des limites que doit lui imposer sa situation financière actuelle.

Désespérant de voir triompher les idées du docteur Gauthier, et craignant en conséquence une dissolution immédiate de la commission, les cinq autres délégués du corps médical crurent devoir essayer un système de transaction. Mais le confrère Gauthier s'y refusa, et, ne voulant rien retirer de ses propositions, quitta la salle des séances.

M. le docteur Leroy (de Villiers-le-Bel), Président du Syndicat de l'arrondissement de Pontoise et délégué de cet arrondissement, développa alors et soutint, avec beaucoup de tact et de fermeté, le projet suivant qu'avec l'aide de ses co-délégués il parvint à faire accepter :

1° La *liste* des indigents sera dressée en novembre dans chaque commune, suivant l'usage, en présence des médecins.

2° Chaque indigent, après son admission, devra indiquer le médecin dont il désire recevoir les soins.

3° Le médecin recevra pour chaque indigent qui l'aura choisi la somme de trois francs, et, de plus, une indemnité de déplacement basée sur la distance kilométrique, s'il s'agit d'une autre commune que celle de sa résidence.

4° La commune entrera dans ces frais pour la somme de un franc par tête d'indigent ; les deux autres francs et l'idemnité de déplacement seront à la charge du budget départemental, qui les versera à la commune.

Ce système d'abonnement annuel, accepté par la commission, quoiqu'il portât au double le chiffre du crédit départemental voté chaque année (40,000 fr. au lieu de 19,000 fr.), fut soumis à l'approbation des municipalités et agréé par la grande majorité d'entre elles......

Le rapport de la Commission fut examiné et discuté au sein du Conseil général. Mais, malgré les efforts très louables faits pour faire triompher les idées ci-dessus, les résultats obtenus n'ont pas entièrement répondu aux désirs du syndicat.

Le conseil général, après une longue discussion, adopta les conclusions suivantes :

« Le Conseil général,

« Sa quatrième Commission entendue,

« Considérant que la réorganisation du service « médical gratuit entraînera une augmentation « du crédit actuel, augmentation considérable « que ne comporte pas l'état actuel des finances « départementales ;

« Que, d'autre part, les études de la Commission « spéciale, instituée par M. le Préfet, ont révélé « dans le fonctionnement actuel du service, des « inconvénients qu'il importe de faire cesser le « plus tôt possible ;

« Que les mesures auxquelles la Commission « avait cru devoir s'arrêter pourraient recevoir d'u- « tiles additions ou améliorations à la suite d'un « complément d'études ;

« Délibère :

« Le crédit ouvert sur l'article 14 du sous-cha- « pitre VII, du budget départemental, sous la ru- « brique : *Assistance médicale gratuite*, demeure « fixé en 1888 à 19,000 francs ; la répartition de ce « crédit sera faite par l'administration entre les « médecins donnant leurs soins aux malades ap- « partenant aux communes les plus méritantes « en raison de leur situation financière et des sa- « crifices qu'elles s'imposent pour concourir au « service médical gratuit.

« M. le Préfet est invité à continuer les études « antérieures et à présenter le plus tôt possible au « Conseil général un projet définitif de réorgani- « sation du service médical gratuit. »

....

La question reste donc à l'étude.

3e RÉUNION DU 12 JANVIER 1888.

La séance est ouverte à quatre heures de l'après-midi, dans une salle du *restaurant du Bon-Pêcheur*, rue Pierre Lescot, à Paris.

Le procès-verbal de la réunion d'octobre est adopté.

M. le docteur Jeanne demande la parole et rend compte des vœux formulés à la séance de novembre de l'UNION GÉNÉRALE DES SYNDICATS, *touchant la question de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires*. L'assemblée décide qu'il y a lieu, dans ces circonstances, de revenir sur le vote de la réunion précédente, et adopte *à l'unanimité* l'ordre du jour proposé par l'UNION DES SYNDICATS, et dont la teneur suit :

« 1° La pratique de la médecine doit être réservée aux médecins civils.

« 2° Les syndicats locaux sont invités à faire « respecter cette décision. Lorsque les syndicats

« locaux trouveront leurs moyens insuffisants, ils « pourront s'adresser au Bureau de l'Union des « Syndicats qui se substituera au bureau du syn- « dicat local. »

« 3° L'action des syndicats médicaux étant nulle « au point de vue militaire, l'assemblée décide « que les médecins militaires se livrant d'une fa- « çon habituelle et rétribuée à la pratique civile, « devront être soumis à toutes les obligations des « médecins civils, et notamment aux droits de pa- « tente. »

M. le docteur Jeanne expose ensuite un projet d'organisation du service médical des indigents et demande à l'assemblée si elle ne serait pas d'avis de le faire présenter par son délégué à la commission de réorganisation du service de l'assistance publique en Seine-et-Oise.

L'assemblée décide que M. de Fourmestraux, son président, délégué à cette commission, est prié de s'entendre avec ses confrères des autres arrondissements pour faire prévaloir le système qui vient d'être proposé ou tout autre qui aboutirait aux mêmes résultats. Un exemplaire de ce projet sera adressé à tous les médecins de l'arrondissement, et ceux-ci seront invités en même temps à adresser à M. de Fourmestraux, dans un court délai, les observations qu'ils auraient à présenter sur ce sujet.

L'ordre du jour appelle ensuite l'organisation des travaux de la Chambre syndicale composée de MM. :

Canton-Ouest de Versailles, De Fourmestraux (Trappes), président.

Canton-Sud de Versailles, Giberton-Dubreuil (Jouy-en-Josas), membre.

Canton d'Argenteuil, Lécuyer (Montesson), membre.

Canton de Marly-le-Roi, Boyer (La Celle-St-Cloud), membre.

Canton de Meulan, Callais (Les Mureaux), membre.

Canton de Poissy, Dupont (Triel), membre.

Canton de Saint-Germain, Gaillard (Chatou), membre.

Canton de Sèvres, Midrin (Sèvres), membre.

L'assemblée estime que dès maintenant la Chambre syndicale devra s'occuper d'unifier les tarifs régionaux, non pas par fusion en un tarif unique, mais par l'établissement de chiffres d'honoraires identiques dans chaque région de l'arrondissement, entre *tous* les médecins, qu'ils fassent ou non partie du Syndicat.

Médecins et Compagnies d'assurances-accidents.

L'assemblée invite ensuite chacun des médecins du Syndicat à recueillir tous les renseignements, contrats, engagements verbaux ou écrits existant dans l'arrondissement entre les médecins d'une part et les Compagnies d'assurances contre les accidents (notamment *La Préservatrice*), d'autre part. Une réunion des médecins du canton de Sèvres, provoquée dernièrement par notre confrère Midrin, a mis en évidence ces faits : 1° Que la Compagnie d'assurances *La Préservatrice* a autant de traités que de médecins ; 2° Que partout elle exploite ceux qui veulent bien se lier avec elle. En conséquence, l'assemblée estime que dans sa prochaine séance, elle devra, munie de renseignements complets recueillis par les membres du Syndicat, fixer le *modus vivendi* obligatoire pour les médecins syndiqués avec la Compagnie *La Préservatrice* et ses congénères.

Avant de lever la séance, M. le Président rappelle que la réunion obligatoire d'avril sera des plus importantes et exigera la présence de la presque unanimité des membres du Syndicat. L'ordre du jour comportera, en effet, l'admission de membres nouveaux, le renouvellement du Bureau, le payement des cotisations et des amendes, le compte-rendu de l'œuvre du Syndicat jusqu'à ce jour, enfin l'adoption d'un modèle de contrat avec les Compagnies d'assurances contre les accidents, et la rédaction définitive du projet de réorganisation du service médical des indigents.

La séance est levée à 7 heures.

Le banquet qui a suivi la réunion a été, comme toujours, une de ces agapes confraternelles où l'entrain et la gaîté sont le meilleur des assaisonnements.

NOUVELLES

Question de secret professionnel. — Un grand nombre de médecins anglais, parmi lesquels on cite Lister, Mac Cormac, Paget, Savy, Playfair, etc., ont adressé à la direction de la British Medical Association, une lettre blâmant la publication (dans le *British medical Journal*) d'une lettre autographe du défunt empereur d'Allemagne Frédéric, comme portant atteinte à la considération d'un médecin ; ils demandent à la présidence de la Société de réprouver, sinon réparer cette atteinte au secret professionnel.

— Nous lisons dans le journal *L'Assurance* (n° du 1er janvier) :

« Le Progrès (mutuelle-maladies) (nous avons parlé « de cette compagnie dans un des derniers numéros). « — Cette société a informé les intéressés que, *pour « l'exercice* 1888 *le montant appelé du fonds de pré- « voyance serait des deux tiers du maximum statutaire,* « et que le versement devrait en être fait avant le 31 « décembre. *L'administration ajoute* : *La situation du « Progrès est des plus prospères* ». Cette appréciation sera-t-elle sûrement partagée par les sociétaires, en présence de l'élévation de la cotisation appelée ?

— Parmi les nominations qui ont eu lieu à l'occasion du nouvel an, nous sommes heureux de faire connaître à nos lecteurs les noms suivants des membres du Concours qui ont été l'objet de distinctions honorifiques.

Officier de la Légion d'Honneur. — Dr Chipault, chirurgien en chef des hôpitaux d'Orléans.

Chevalier de la Légion d'Honneur. — Dr Combe, de Paris, et Vedel, de Lunel. Dr Monin, de Paris.

Officier de l'Instruction publique. — Dr Bonnefoy, de Paris.

Officiers d'Académie. — Dr Dodin, de Challans ; Dubousquet-Laborderie, de Saint-Ouen ; Liégeois, de Bamville-aux-Saules ; Lorimy, de Coulommiers ; Pernet, de Rambervillers ; Poulet, de Plancher-les-Mines ; Surre, de Saint-Cloud ; Palenc, de Toulouse.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès du Dr Legrand, de Sainte-Geneviève, membre du *Concours médical*.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL.

M. le Dr Aguiar, à Saint-Gérand-le-Puy (Allier), présenté par M. le docteur Barthomier, de Cusset.

M. le Dr Bohn, à Amblémy (Aisne), présenté par MM. les docteurs Aneelet, de Vailly, et Lécuyer, de Baurieux.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

CONGRÈS MÉDICAL PROFESSIONNEL de 1889

Première réunion de la Commission.

La commission nommée par l'Assemblée générale du 4 Novembre 1888, pour préparer le Congrès de 1889, s'est réunie dans les bureaux du Concours Médical, le Mercredi 16 Janvier dernier, à quatre heures.

Elle a décidé l'envoi de Circulaires aux Présidents, Vice-Présidents, et secrétaires des Sociétés médicales scientifiques et professionnelles.

Elle a déterminé l'ordre de ses travaux et pris diverses mesures de caractère intérieur.

Elle s'est ajournée au Mercredi 20 Février prochain.

LA SEMAINE MÉDICALE

Direction de la santé et de l'assistance publiques au ministère de l'Intérieur.

La mesure que vient de prendre le gouvernement en détachant les services d'Hygiène du ministère du commerce pour les joindre à la direction de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur est de nature à donner satisfaction en partie aux réclamations du corps médical dont nous nous sommes bien souvent fait l'écho. C'est un acheminement à la création du ministère de la santé publique, puisque déjà les services principaux vont se trouver groupés. Nous sommes d'autant plus satisfaits de la mesure qui vient d'être prise que le directeur du service d'hygiène et d'assistance au ministère de l'Intérieur, l'honorable M. Ch.-Henri Monod, a donné de nombreuses preuves de son activité et de son esprit d'initiative, en même temps que sa sympathie pour le corps médical est depuis longtemps connue.

La Direction de la santé et de l'assistance publiques comprendra 5 bureaux : Services de l'enfance. — Hospices et hôpitaux. — Etablissements nationaux de bienfaisance, établissements d'aliénés, dépôts de mendicité. — Sociétés de secours mutuels ; monts de piété. — Santé publique.

Le Strophantus.

M. *Bucquoy* a exposé à l'Académie de médecine (1) le résultat de ses recherches sur le strophantus. Le strophantus se trouve aujourd'hui dans le commerce. Deux variétés nous sont importées couramment, le strophantus hispidus qui vient de la côte occidentale d'Afrique et le strophantus kombé qui est importé de la côte orientale ; quant au strophantus glabre du Gabon, il est à peu près impossible de se le procurer.

Mais peu importe l'espèce de strophantus ; quelle qu'elle soit, la valeur thérapeutique reste toujours sensiblement la même.

Fraser, et depuis lui la plupart des médecins, ont employé les teintures. M. Bucquoy préfère l'extrait, dosé par granules de un milligramme. La dose quotidienne qu'il prescrit est, en général, de quatre granules, pris à des intervalles égaux : deux granules le premier jour, puis trois et quatre les jours suivants, dose qui peut être maintenue, souvent longtemps, suivant les indications, mais qu'il dépasse rarement.

A cette dose, le strophantus est bien toléré, son action est complète ; à dose plus élevée, il serait plutôt moins efficace, et on s'expose à provoquer de la diarrhée.

Pour ce qui est de la strophantine, M. Bucquoy

(1) Séance du 8 janvier.

est porté à croire qu'il y a entre le strophantus et la strophantine la même différence d'action thérapeutique qu'entre la digitale et la digitaline.

M. Bucquoy énumère alors les résultats qu'il a obtenus dans 40 cas suivis minutieusement.

Il résulte des faits et des observations publiés tant en France qu'à l'étranger que le strophantus hispidus est un médicament cardiaque de premier ordre, dont l'introduction dans la thérapeutique des maladies du cœur est une acquisition précieuse.

Dans les lésions mitrales, le strophantus relève l'énergie des contractions cardiaques, lorque la compensation devient insuffisante, et atténue, quand il ne les fait pas disparaître complètement, les symptômes de l'asystolie.

La diurèse est l'un des effets les plus constants du strophantus, et elle peut aller jusqu'à donner 4 à 5 litres d'urine par jour.

Le strophantus se montre absolument supérieur à tout autre médicament cardiaque chez les sujets atteints de rétrécissement mitral, dont le cœur commence à se fatiguer. Il fait souvent disparaître, comme par enchantement, la dyspnée et l'oppression, ainsi que les symptômes qui sont la conséquence de cette fatigue du cœur.

Le strophantus est encore d'un effet remarquable dans les lésions cardio-aortiques, également au moment où le cœur commence à faiblir, et là où la digitale n'est pas sans inconvénients, M. Bucquoy l'a vu souvent réussir, sans rencontrer aucune des contre-indications de la digitale.

M. Bucquoy en a obtenu de bons résultats dans trois cas d'angine de poitrine et dans un cas de maladie de Basedow, maladies dans lesquelles son action a paru en général moins favorable.

Le strophantus se montre dans tous ces cas un médicament de soutien pour l'action cardiaque, et la facilité avec laquelle il est toléré permet d'en continuer longtemps l'emploi.

L'accoutumance n'en détruit pas les effets ; ceux-ci persistent quelquefois assez longtemps après qu'on a cessé le médicament.

Le strophantus ne s'accumule pas dans l'économie comme la digitale ; il n'exerce pas non plus sur l'estomac l'action nauséeuse qui oblige souvent à abandonner celle-ci ; le seul symptôme d'intolérance qui ait été observé par M. Bucquoy est la diarrhée, diarrhée sans coliques dont les malades se plaignent peu et qui cède avec la suspension du médicament.

Est-il des contre-indications à l'emploi du strophantus ? M. Bucquoy ne saurait les formuler. Les effets étant ordinairement nuls dans les périodes avancées des maladies du cœur, surtout quand elles s'accompagnent d'artério-sclérose et de néphrite interstitielle, il évite alors de le prescrire.

Quoiqu'on ait dit que le strophantus réussit mieux que la digitale dans les dégénérescences cardiaques, avec un cœur dégénéré, il ne faut compter ni sur l'un ni sur l'autre. Toutefois le strophantus serait comme une excellente pierre de touche de l'état du cœur et on peut mesurer le degré de la dégénérescence aux effets produits par le médicament.

En tout cas, M. Bucquoy n'a observé aucun accident consécutif à l'administration, même intempestive, du strophantus, car c'est un médicament facile à manier, et nullement dangereux.

Salol contre le choléra (1).

M. W. *Lœwenthal* a déduit d'expériences microbiologiques qui semblent avoir été bien conduites, que le bacille considéré comme pathogène du choléra (bacille virgule de Koch) n'acquiert de propriété toxigène que par suite de son contact dans le duodénum avec le suc pancréatique. Il a donc cherché un antiseptique qui, inoffensif pour l'homme, empêcherait le développement du bacille dans les cultures additionnées de suc pancréatique. Cet antiseptique, il croit l'avoir trouvé dans le salol ou salicylate de phénol qui est décomposé dans l'organisme par le suc pancréatique, c'est-à-dire par le même agent qui rend toxiques les cultures du bacille du choléra dans la pâte pancréatique où M. Lœwenthal cultive le bacille ; le salol, en présence du suc pancréatique frais, tue les bacilles du choléra développés dans une pâte préalablement ensemencée, et, d'autre part, il rend stérile la pâte, lorsqu'on la mélange d'abord avec le salol et qu'on l'ensemence après.

Pour être applicable cliniquement, l'agent délétère pour les bacilles doit être inoffensif pour l'homme. Le salol est, on le sait, inoffensif ; M. Lœwenthal l'a essayé sur lui-même. A dix heures du matin, il a pris 5 grammes de salol, et le même soir, à sept heures, 5 autres grammes. La dose du matin, ingérée à jeun, lui occasionna, une heure plus tard, un peu de vertige qui disparut pendant le déjeuner ; les cinq grammes du soir, pris pendant le repas, ne produisirent aucun effet. Les urines devinrent foncées huit heures après l'ingestion de la première dose et restèrent telles jusqu'au surlendemain soir, quarante-huit heures après l'ingestion de la seconde et dernière dose.

M. Lœwenthal se croit autorisé à proposer l'essai en grand, et sur l'homme, du remède inoffensif qui détruit le bacille du choléra dans l'éprouvette. En fait de dosage, il propose d'administrer le salol, jusqu'à plus ample information par l'essai clinique, de la manière suivante : comme *prophylactique,* trois fois par jour, pendant les principaux repas, 2 grammes chaque fois ; en application *thérapeutique*, une dose initiale de 4 grammes dès l'apparition des premiers symptômes du choléra, et puis 1 gramme toutes les heures. On peut donner jusqu'à 20 grammes de salol par jour.

Les pleurésies métapneumoniques et les pleurésies pneumococciques (2).

D'après Woillez, la pleurésie qui survient assez souvent après la défervescence et pendant la résolution de la pneumonie (pleurésie métapneumonique) est grave, insidieuse et habituellement purulente. M. *Troisier* pense qu'elle est séro-fibrineuse, bénigne et courte, plus souvent que cet auteur ne l'a dit. Dans trois cas il a vu l'épanchement se résorber en 15 à 20 jours, et dans un cas où la pleurésie métapneumonique était purulente avec allures infectieuses, la guérison survint après une thoracentèse et trois vomiques.

Comme l'endocardite et la méningite, la pleurésie, en pareil cas, est une complication infectieuse de la pneumonie, que l'épanchement soit séro-fibrineux ou purulent, et contenant des pneumocoques, ainsi que Netter l'a montré en 1887 (Soc. Anat.)

Gubler considérait comme presque constante

(1) Académie des Sciences.

(2) Société médicale des hôpitaux.

l'existence d'un léger exsudat pleurétique se terminant promptement par résolution au cours de la pneumonie. M. *Rendu* a presque constamment vérifié l'exactitude de cette affirmation. Mais les pleurésies purulentes qui surviennent au cours des pneumonies s'installent insidieusement, ne donnant lieu souvent qu'à des signes objectifs insignifiants. Aussi est-il bon de faire vers le 10e jour de la pneumonie une ponction exploratrice quand on peut soupçonner la possibilité d'une pleurésie; car, si cette ponction ramène du pus, l'empyème fait de bonne heure produit généralement la guérison en 5 ou 6 semaines.

M. *Comby* inclinerait à penser, d'après les cas qu'il a vus, que Woillez n'avait pas tort de considérer comme graves les pleurésies consécutives à la pneumonie ; mais, si l'épanchement est souvent alors purulent, la pleurotomie précoce et rigoureusement antiseptique rendra le pronostic peu grave.

M. *Hayem* a vu guérir, après une seule ponction qui retira un litre et demi de pus, une pleurésie métapneumonique survenue chez une nouvelle accouchée. Dans la puerpéralité même, la gravité n'est donc pas toujours la règle.

Le terme de pleurésie métapneumonique, employé pour la première fois par Gerhardt, est, suivant M. *Netter*, préférable à celui de pneumo-pleurésie que Woillez avait proposé. D'après 316 observations dont 6 personnelles, M. Netter retrace les caractères de ces pleurésies. L'épanchement est le plus souvent purulent quand il est un peu considérable. L'empyème métapneumonique diffère des autres pleurésies purulentes non seulement par son étiologie, mais par les caractères spéciaux de la marche et du pronostic, des symptômes et des lésions.

Succédant surtout aux pneumonies longues et graves, plus fréquent au-dessous de 30 ans et dans les pays du Nord, l'empyème métapneumonique se montre par séries qui coïncident avec des séries de pneumonies graves.

Le pus est remarquable par sa densité, sa viscosité, sa couleur verdâtre. Il contient des débris de fausses membranes fibro-purulentes, qui, accolées aux parois thoraciques, peuvent cloisonner la cavité pleurale. Le poumon, généralement peu altéré, récupère rapidement ses fonctions physiologiques quand l'épanchement a été évacué.

La pleurésie purulente peut survenir soit avant la fin de la pneumonie, soit après sa résolution, après une apyrexie plus ou moins complète de plusieurs jours. Son début est rarement solennel. Sa fièvre n'a pas le caractère intermittent pyohémique. La pleurésie méta-pneumonique est souvent partielle, limitée au sommet, à la base, à un espace interlobaire. Elle peut se terminer par résolution, mais le plus souvent par vomique qui se produit vers la fin du premier mois, généralement sans pneumothorax consécutif, et amène la guérison. L'ulcération des parois thoraciques et la production d'un empyème de nécessité n'est pas plus fréquente dans cette variété que dans les autres pleurésies purulentes. Les traitements qu'on met en œuvre ont tous pour but d'évacuer le pus. Quels qu'ils soient, ils sont presque toujours suivis de guérison. La pleurotomie, pratiquée par les mêmes opérateurs, réussit beaucoup mieux pour les pleurésies métapneumoniques que pour les autres.

La bénignité relative qui caractérise surtout la pleurésie métapneumonique trouve son explication dans la nature des organismes spécifiques qui lui donnent naissance et ne sont pas ceux de la suppuration ordinaire. C'est en effet le pneumocoque, le microbe même de la pneumonie, qu'on trouve dans l'épanchement de la pleurésie métapneumonique. Or le pneumocoque ne produit pas d'ordinaire de lésions profondes. Sa vie est courte dans le corps humain comme dans les tubes à cultures. On peut trouver d'autres micro-organismes en même temps que le pneumocoque, et même celui-ci peut avoir disparu au moment où se fait l'examen. Quand il y a des microbes autres que le pneumocoque, le traitement doit être autre que si le pneumocoque existe seul dans l'épanchement. Dans ce dernier cas, une ou deux ponctions suffiront pour guérir. Dans le premier, il faut faire la thoracotomie sans tarder.

Ce qui est vrai pour l'empyème métapneumonique à pneumocoques, l'est aussi pour l'empyème primitif pneumococcique dont M. Netter a démontré l'existence. Cet observateur a recueilli personnellement 10 cas de pleurésie purulente où existaient des pneumocoques sans que le poumon eût été atteint. Ces pleurésies purulentes pneumococciques primitives s'observant surtout chez les enfants, on s'explique la bénignité de la pleurésie purulente chez eux.

M. *Rendu* doute que les pneumocoques puissent pénétrer directement dans la plèvre sans avoir passé par le poumon. Il lui paraît plus probable que le foyer d'inflammation pulmonaire primitif étant très petit aura passé inaperçu, chez les enfants surtout.

M. *Netter*, tout en concédant que la pleurésie à pneumocoques primitive et sans pneumonie est exceptionnelle, en maintient la réalité.

Crises gastriques non tabétiques.

M. *Debove* a observé des crises gastriques tout à fait analogues à celles de l'ataxie locomotrice chez deux individus qui ne sont pas atteints de cette maladie. L'un de ces malades qui est âgé de 56 ans est forgeron. En 1880 il subit un traumatisme sur le thorax et resta 2 heures sans connaissance, bien qu'il n'eût pas eu de fracture. Deux ans plus tard débutèrent des crises gastriques dans l'intervalle desquelles il n'éprouve que quelques troubles insignifiants de l'estomac et une certaine faiblesse (neurasthénie traumatique).

Chaque crise dure trois à six jours. Elle est caractérisée par une douleur atroce qui paraît correspondre au pylore, et s'irradie entre les épaules. Elle est accompagnée de vomissements très abondants alimentaires, bilieux et muqueux. Le ventre est rétracté, la constipation absolue, le visage cyanosé, la voix éteinte, il y a des crampes dans les membres et l'aspect du malade ferait croire la mort imminente.

Ces crises reviennent tous les deux, trois ou quatre mois. Dans les intervalles, intégrité presque complète des fonctions de l'estomac comme dans l'ataxie locomotrice. Mais chez ce malade les réflexes tendineux sont normaux depuis 4 ans que les crises existent, ce qui élimine l'idée d'un tabes latent. Ecartant aussi l'idée de l'ulcère et du cancer de l'estomac, des crises hépatiques et néphrétiques, M. Debove soulève l'hypothèse d'une névralgie de l'estomac intéressant le pneumogastrique ou le sympathique. Le syndrome cholériforme (cyanose, crampes, rareté des urines) tient

évidemment à la déperdition d'eau, comme dans le choléra, mais ici par les vomissements et non par les évacuations alvines.

MÉDECINE PRATIQUE

Importance de la recherche des réflexes tendineux. — Formes de tabes à début insolite.

Il y a quelque temps je soignais avec un de mes maîtres une dame d'une soixantaine d'années pour un état gastro-intestinal qui affectait une allure assez singulière. Le début avait été une diarrhée profuse avec douleurs abdominales très vives ; la diarrhée s'arrêta, pour faire place à une constipation opiniâtre ; la langue était restée sale, l'appétit nul et il y avait quelques vomissements bilieux; les douleurs continuaient, localisées tantôt au niveau du gros intestin, tantôt au niveau de l'estomac, apparaissant et disparaissant sans cause apparente. Une reprise de diarrhée subite, suivie d'expulsion de débris pseudo-membraneux, fut de courte durée. Mais, malgré un régime alimentaire sévère, l'antisepsie des voies digestives, les grandes irrigations intestinales détersives et modificatrices, l'état saburral de la langue persistait et les douleurs surtout ne se modifiaient qu'au point de vue du siège sans diminuer d'intensité. Tous les jours ou tous les deux jours une crise douloureuse subite survenait tantôt au niveau de l'hypochondre droit, et tantôt dans la région interscapulaire, tantôt occupant les deux flancs, tantôt l'épigastre et la région lombo-dorsale simultanément. Il y avait plus d'un mois que durait cet état singulier ; au diagnostic primitif de côlite avaient succédé les hypothèses peu satisfaisantes de coliques hépatiques frustes, de rhumatisme abarticulaire viscéral ou musculaire, quand un beau jour mon maître, frappant sur les tendons rotuliens, constata une perte absolue du réflexe patellaire. Nous recherchons les réflexes pupillaires : l'iris est en état habituel de contraction, non pas punctiforme, mais très marquée ; il s'accommode bien aux distances, mais il réagit très paresseusement aux impressions lumineuses. Bref, nous sommes très vraisemblablement en présence d'un cas de tabes dont le premier signe apparent a été une crise gastro-intestinale.— Ce n'est pas une marche vulgaire. Les crises gastriques au cours du tabes sont bien connues, mais on ne pense pas toujours à rechercher les réflexes patellaires (signe de Westphal) et lumineux (signe d'Argyll-Robertson) à propos d'une entérite pseudo-membraneuse d'apparence banale.

De ce fait il faut conclure à la nécessité de toujours examiner l'état des réflexes tendineux non seulement quand on soupçonne une affection cérébro-spinale, mais toujours et systématiquement ; car les recherches de ces dernières années nous ont appris que la disparition du réflexe patellaire est fréquente dans bon nombre d'états morbides où le système nerveux n'est intéressé que secondairement, et quelquefois sans lésions, seulement au point de vue fonctionnel. Ici je laisse de côté le tabes et j'ouvre une parenthèse relativement à la recherche des réflexes tendineux.

I

M. Bouchard a montré que dans beaucoup de cas de diabète le réflexe patellaire a disparu ; ce sont toujours des diabètes graves; le signe de Westphal indique alors une atteinte profonde portée à l'énergie fonctionnelle de la moelle. M. Bouchard ne manque pas non plus de le rechercher dans les gastropathies chroniques, notamment dans la dilatation de l'estomac, car l'existence d'une gastro-ectasie ancienne abaisse quelquefois tellement la force nerveuse que les réflexes patellaires s'affaiblissent beaucoup ou disparaissent tout à fait.

Il y a deux étapes dans la disparition du réflexe patellaire. A un premier degré, il n'est qu'affaibli et on peut encore le ramener à l'état normal temporairement en faisant exécuter par l'individu un mouvement volontaire. En effet, Jendrassik, W. Mitchell et J. Lewis ont montré que le réflexe patellaire pouvait être augmenté par des actes volontaires exécutés dans une autre région du corps et que cet accroissement survivait quelque temps à l'influence volontaire.— Voici comment on procède ordinairement pour exercer ce contrôle. On fait asseoir le malade, les jambes ballantes, sur le bord de son lit ou sur une table dans la position la plus favorable à la recherche du signe de Westphal ; on frappe avec le bord cubital de la main ou le marteau de Skoda sur le tendon rotulien au lieu d'élection et on constate, je suppose, que le réflexe tendineux est nul ou très faible.

On commande alors au malade de saisir les doigts de sa main gauche recourbés en crochet avec ceux de sa main droite fléchis dans la même attitude et d'exercer en sens contraire une traction *énergique* avec chacun de ses bras. A peine le malade a-t-il exécuté cet effort, on frappe de nouveau sur le tendon rotulien et on constate souvent que le réflexe est devenu plus fort, presque normal ou normal. C'est un indice relativement favorable ; il prouve que l'axe nerveux est encore capable de reprendre son énergie fonctionnelle sous l'influence d'une excitation ; si, au contraire, malgré l'effort volontaire du malade, le réflexe patellaire ne reparaît pas ou ne s'exalte pas, il faut établir un pronostic défavorable.

Le renforcement possible des réflexes tendineux sous l'influence d'efforts physiques ou intellectuels est en accord avec les recherches de Sternberg qui a trouvé les réflexes tendineux particulièrement intenses chez les personnes fatiguées. Mais ce renforcement du réflexe à la suite des efforts est passager ; si l'effort se répète plusieurs fois ou est trop intense, la dépression succède à l'exagération fonctionnelle.

La recherche des réflexes tendineux chez les diabétiques et chez les dyspeptiques est importante au point de vue thérapeutique, car sa constatation conduit à prescrire des médicaments qui augmentent la réflectivité médullaire et l'énergie nerveuse (la strychnine en première ligne, l'arsenic et autres nervins, les stimulations cutanées par les frictions sèches, aromatiques ou alcooliques, l'hydrothérapie et l'électricité statique).

Au point de vue du diagnostic entre le diabète confirmé et certaines glycosuries transitoires, la recherche des réflexes peut avoir aussi de l'importance ; car Dreyfous, ayant constaté l'exagération des réflexes rotuliens chez certains glycosuriques, a vu que chez eux il s'agissait d'une glycosurie attribuable à l'excitation du système nerveux par des causes diverses dont la suppression peut amener la suppression de la glycosurie, tandis que chez les diabétiques vrais la disparition des ré-

flexes atteste une insuffisance d'innervation, un épuisement nerveux de fâcheux augure.

Au point de vue chirurgical, M. Reynier a montré par la statistique que les diabétiques dont les réflexes sont abolis succombent presque tous à la suite des interventions chirurgicales. L'absence du réflexe patellaire doit donc être une contre-indication à toute opération chez un diabétique à moins d'absolue nécessité ; en cas de simple diminution du réflexe, il faut attendre, soumettre le malade au régime, qui quelquefois est suivi du retour de l'énergie du réflexe. La nutrition se fait mal chez les diabétiques qui ont perdu leurs réflexes et ils ont de la tendance au sphacèle. Les idées de Reynier, application de la découverte de M. Bouchard, ont été confirmées par Berger ; il paraît que l'abolition du réflexe existe aussi chez certains albuminuriques et entraîne pour eux des conséquences analogues.

II

Puisque j'avais commencé à parler du tabes, ce protée de la neuro-pathologie, dans lequel on peut observer toutes les combinaisons possibles de symptômes, je signalerai certains travaux auxquels il a donné lieu récemment.

J'ai cité tout à l'heure un début insolite par une crise d'*entérite*. Voici un cas de Sandoz dans lequel un homme de 55 ans est pris en pleine santé de douleurs abdominales violentes et de signes d'*occlusion intestinale* (vomissements fécaloïdes). Ces accidents cessent au bout de 10 jours. Mais on constate chez cet homme des douleurs fulgurantes, des fourmillements à la plante des pieds, des pupilles contractées, immobiles, l'absence des réflexes rotuliens, la marche vacillante les yeux fermés. Au lieu d'admettre comme l'auteur que la crise gastro-intestinale est devenue le point de départ du tabes, nous dirons qu'elle en a été le premier acte.

On connaît les crises gastriques, rectales, vésicales, laryngées. Oppenheim signale des *crises pharyngées*. Une femme de 33 ans ayant depuis plusieurs années de violents accès de vomissements et des crises rectales, des quintes de toux convulsive et une paralysie des cordes vocales, est prise de temps en temps de mouvements de déglutition convulsifs se répétant 24 fois par minute et s'accompagnant à la fois d'un bruit de glouglou et d'un sifflement. Ces crises durent en général 10 minutes ; quand elles se prolongent plus longtemps, elles diminuent d'intensité. Elles se produisent soit spontanément, soit dans la déglutition ; mais on les provoque sûrement par la pression sur les côtés du larynx où se trouve un point douloureux.

H. Mollière (*Lyon médical*, 1887) a rapporté un cas d'ataxie où des *troubles trophiques* ont été les premiers symptômes. Un homme de 45 ans, non syphilitique, a en 1881 un mal perforant plantaire à gauche ; en 1882, toutes ses dents supérieures tombent en 6 mois sans être altérées et sans que la gencive soit malade ; puis survient un nouveau mal perforant plantaire à droite ; alors seulement commencent des troubles de l'accommodation suivis des autres signes classiques du tabes.

Miliotti a réuni (Morgagni, 1887), sous le nom de *masque tabétique* les troubles de la sensibilité de la face observés chez les ataxiques ; anesthésie tactile plus ou moins profonde avec hyperalgésie et sensations particulières quelquefois indescriptibles. Ces troubles sensitifs dus à une altération du noyau ou du trajet du trijumeau coexistent avec des troubles dans la sphère d'autres nerfs crâniens, chute des dents, altérations oculaires, altération du goût. Le masque tabétique peut exister aussi bien dans le tabes fruste et la période préataxique que dans le tabes confirmé.

Rappelons l'existence fréquente dans diverses intoxications d'un complexus symptomatique qui rappelle certains symptômes du tabes et qui est imputable vraisemblablement à des névrites multiples. Nous avons décrit jadis ici ces *pseudo-tabes*, d'après la thèse d'agrégation de Brissaud et la thèse de doctorat de Leval-Piquechef. J'ai vu récemment un cas typique de pseudo-tabes alcoolique chez un individu qui était devenu alcoolique inconsciemment, presque sans avoir bu d'alcool. Employé depuis plusieurs années dans une distillerie, il s'était toujours abstenu rigoureusement d'excès alcooliques par ingestion. Il ne buvait que de l'eau rougie à ses repas et ne goûtait qu'exceptionnellement aux produits de sa maison. Mais, séjournant plusieurs heures par jour au voisinage immédiat des appareils à distillation et des cuves pleine d'alcool, il respirait une atmosphère saturée de vapeurs alcooliques et présentait au grand complet les symptômes classiques de l'alcoolisme chronique, particulièrement ceux de la polynévrite à forme pseudo-tabétique.

Dana a cité récemment des observations d'empoisonnement lent par l'arsenic ayant donné lieu à l'ataxie, signe de Romberg, diminution de la sensibilité, du sens musculaire, suppression du réflexe patellaire, troubles de la vue, etc.

En terminant, je rappellerai que c'est le plus souvent contre le symptôme si pénible des douleurs fulgurantes et des crises viscérales que les tabétiques réclament nos soins. Les médicaments que nous avons trouvés le plus efficaces sont le salicylate de soude et l'antipyrine jusqu'à des doses de 3 à 5 gr. qu'on administre en utilisant tour à tour l'estomac, le rectum et la méthode hypodermique.

L'acétanilide nous inspire quelque appréhension à cause de son action fâcheuse sur l'hématose ; on sait que sous l'influence de doses très faibles de 0,25 à 0 gr. 50 centigr. on peut voir les malades présenter une cyanose générale des plus alarmantes. Voir le malade *passer au bleu*, comme disait M. G. Sée, dans une certaine discussion académique, n'est rassurant ni pour le médecin, ni pour l'entourage. Quant à la phénacétine, que préconise mon maître M. Dujardin-Beaumetz, elle ne m'a pas semblé agir bien efficacement dans un cas où je l'ai essayée (1 gr. 50 à 2 gr.).

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Refus de paiement des honoraires médico-légaux.

Monsieur le Directeur,

Voilà vingt ans que *j'éclaire de mes conseils à prix réduit* une très haute et très puissante dame. Souvent j'ai obtenu d'elle, à défaut d'une rétribution proportionnée à mon travail, les plus douces félicitations.

Or l'an passé, après un voyage de seize kilomètres, un rapport et une visite, le tout accompli *sur ordre écrit*, j'ai envoyé mon mémoire.

— Aucune discussion ne s'éleva. Seulement la vénérable personne refusa et refuse encore de me payer.

Si je procédais de la sorte, si je répondais aux notes de mes fournisseurs en m'écriant : « Le vent est à l'économie, Messieurs,je refuse absolument de vous payer », il est probable que les choses n'en resteraient pas là.

Vous devinez que je veux vous parler de cette excellente dame Justice qui décidément est remplie pour nous de délicats procédés.

J'ai abandonné ma clientèle pendant près d'une journée, que dis-je, j'ai transporté sur les lieux le magistrat qui m'avait requis !

Et ma clientèle lésée, mon cheval lésé, moi-même enfin lésé, sans aucune explication qu'un refus sec et catégorique ! est-ce admissible ?

L'ouvrier est-il forcé en droit de travailler pour le patron qui refuse de payer son travail ?

Je l'ignore. Mais ce que je sais bien, c'est que jamais je ne donnerai mon temps et ma peine dans de pareilles conditions, plus blessé assurément que je suis par l'indélicatesse du procédé que par la perte de la somme allouée si piteusement pour nos opérations médico-légales.

Je refuse donc absolument, à dater de ce jour, d'assister la justice et je donne pour raison qu'elle refuse de payer le travail qu'elle m'a commandé *et qu'elle me doit*.

Veuillez agréer, etc.

Dr Devoisins.

Breteuil (Eure), 27 octobre 1888.

Paiement des Honoraires médico-légaux. Réquisition en cas de mort présumée violente.

Monsieur le Rédacteur,

A propos de la constatation des *morts présumées violentes*, sur réquisitoire du juge de paix ou du commissaire de police, je croyais la question définitivement résolue. Dans mon pays le médecin est payé par la commune, sur mandat du maire délivré à cet effet. Et l'on m'assure que le Maire ne peut s'y refuser, d'autant mieux que, en cas de *mort présumée violente*, mais qui après examen médical est reconnue purement *accidentelle*, *tous* les frais occasionnés par cet événement, constatation du médecin et inhumation, sont de par la loi à la charge de la commune sur le territoire de laquelle a eu lieu le décès.

Je crois qu'au cas de refus de paiement, la mise en cause du magistrat requérant ne saurait être admise, attendu d'abord qu'il est absolument obligé de requérir le médecin. Lors, à supposer que la cause de la mort ne soit pas douteuse, qu'elle provienne évidemment d'un accident, l'inhumation ne peut avoir lieu sans le rapport du médecin. Et, de plus,le magistrat requérant pourrait toujours objecter qu'il ne peut se prononcer sur l'hypothèse crime, suicide ou accident que sur le rapport de l'homme de l'art.

On m'objectera que celui qui a le droit de requérir doit avoir l'obligation de payer. C'est de toute évidence. Pour mon compte et jusqu'à plus ample informé, je crois que dans le cas qui nous occupe le magistrat a le droit de requérir et que c'est au maire qu'incombe l'obligation de payer.

Recevez, M. le Rédacteur, l'assurance de ma haute considération.

Dr Zerrac.

Assistance médicale et pharmaceutique dans le département de la Vienne.

Règlement du service gratuit.

Le Conseil général du département de la Vienne réuni en session extraordinaire, le 8 octobre dernier, a voté le projet de règlement du service gratuit de l'assistance médicale et pharmaceutique dans le département de la Vienne, dans les conditions suivantes :

Article 1er. — Un service gratuit d'assistance médicale et pharmaceutique pour les indigents est établi dans le département de la Vienne.

Ce service qui a pour but de faire donner gratuitement aux indigents les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchements, profitera « à toutes les communes du département » (1), qui contribueront à la dépense dans les conditions spécifiées plus loin.

Article 3. — Le budget de ce service se compose de fonds votés par les communes intéressées, qui devront s'imposer de 1 fr. 25 par chaque tête d'indigent porté sur les listes qui seront dressées tous les ans dans chaque commune; et, en outre, d'une somme égale votée par le Conseil général, sans que cette dernière puisse dépasser le crédit annuellement inscrit à cet effet au budget départemental, « crédit qui est fixé pour l'année 1889 à « 16,000 francs ».

Dans aucun cas, la charge annuelle à supporter par le département dans chaque commune ne sera supérieure à celle que cette commune elle-même aura à supporter.

Article 6 (*article 7 du projet*). — La liste des personnes indigentes auxquelles le traitement gratuit devra être accordé sera dressée « au mois de mars » de chaque année, dans chaque commune qui fera partie de l'alliance médicale.

Les inscriptions sont individuelles.

Article 7 (*article 8 du projet*). — Cette liste sera établie par une Commission composée :

1° Du maire, président « ou de son délégué légal ».

2° « De trois conseillers municipaux désignés par le Conseil municipal ».

3° D'un membre du bureau de bienfaisance désigné par le Préfet, ou, si la commune ne possède pas de bureau de bienfaisance, « d'un membre pris « parmi les contribuables de la commune et dési- « signé par le Préfet ».

4° De 2 médecins habitant le chef-lieu de la commune ou des 2 médecins les plus voisins de ce chef-lieu. Dans le cas où il y aurait plus de 2 médecins habitant la commune, les 2 médecins qui feront partie de la Commission seront désignés par leurs confrères de la commune.

5° Du pharmacien « habitant le chef-lieu de la « commune, ou s'il n'y en a pas, du pharmacien « le plus voisin. Dans le cas où il y aurait plu- « sieurs pharmaciens habitant le chef-lieu de la « commune, ce sera celui qui comptera le plus « d'années d'exercice dans la commune qui fera « partie de la Commission.

« Il serait de même, si, à défaut de pharmacien « habitant le chef-lieu de la commune, plusieurs « pharmaciens situés à une même distance de ce « chef-lieu se trouvaient en concurrence.

(1) Nous indiquons, en les guillemettant, les mots et les phrases changés dans le projet déjà publié par le Conseil Général, dans la séance du 8 octobre. Les articles non reproduits n'ont pas été modifiés.

« La voix du président, en cas de partage égal « du nombre des votants, est prépondérante.

« Les pouvoirs de cette Commission auront la « même durée que celle des conseils municipaux.

Article 8. (*Article 9 du projet*). — La liste de gratuité, dressée en double expédition, sera soumise, dans la « session de mai », au Conseil municipal, qui pourra proposer les modifications qu'il jugera convenables. Elle sera transmise ensuite, avec la délibération du Conseil municipal, à la Préfecture. « La liste sera définitivement ar« rêtée par le Préfet,qui pourra la réduire,nou l'ac« croître. Elle sera ensuite retournée au Conseil « municipal qui votera les fonds.

« Ces listes seront établies d'après les modèles « imprimés, et devront indiquer le montant des « contributions de chaque indigent, d'après les « renseignements fournis par le ou les percep« teurs.

« L'article 10 du projet est rayé. »

Article 17 (*Article 19 du projet*). — Il ne pourra être délivré d'autres médicaments que ceux inscrits au tarif tel qu'il est annexé au règlement « sauf cas exceptionnels et sur ordon« nance motivée ».

« Les spécialités et les eaux minérales ne pour« ront en aucun cas être mises à la charge du « service ».

Article 25. (*Article 27 du projet*). — Le prix des visites est fixé, ainsi qu'il suit :

1 franc par visite, plus 50 centimes par kilomètre (sans retour), la distance kilométrique étant celle du domicile du médecin le plus voisin à celui de l'indigent.

Les petites opérations sont comprises dans le prix des visites et ne donnent droit à aucune rémunération.

« Le prix des opérations que le médecin aura dû « faire d'urgence sera fixé par la Commission de « vérification ».

« Le prix des visites de nuit est double de celui « des visites de jour ».

Les consultations sont gratuites.

« Le tarif des médicaments sera celui annexé « au présent règlement avec cette clause que les « notes de médicaments établies d'après ce tarif « subiront une réduction de 20 % pour les méde« cins, de 30 % pour les pharmaciens. »

(*Le Poitou médical.*)

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Le délire des persécutions

Leçon recueillie par M. Joseph Davéo.

(*Suite.*)

III. *Le persécuté ambitieux.*

Certains hypocondriaques, dit le professeur Ball, après avoir subi le délire des persécutions, deviennent ambitieux. Le début des idées ambitieuses se perd dans les profondeurs de l'intelligence ; on se couche roturier, on se réveille gentilhomme.

D'autres fois le délire est le produit des hallucinations. « Ici je suis, dit M. Ball, en contredit avec « certains observateurs, mais je maintiens mon « dire. » Parfois le délire éclate à propos d'une cause étrangère. Est-ce à dire pour cela que le délire des ambitions survienne tout à coup ? Non, disent certains physiologistes, il est le plus souveut le résultat d'un long travail intellectuel. Pourquoi m'en veut-on ? se dit le persécuté. Parce que je ne suis pas un simple personnage, parce que je suis un homme d'élite, parce que ma fortune est considérable, etc... Toutes sortes d'idées roulent et se confondent dans ce cerveau et bientôt, du milieu même de ces incohérences, fruit d'une imagination en délire, se détache une idée qui deviendra le trait caractéristique du malade. C'est donc, d'après ces auteurs, par une évolution logique que le malade arriverait à se former des idées ambitieuses.

« Pour moi, dit M. Ball, je suis d'avis contraire. Si le persécuté devient ambitieux, c'est parce que telle est la disposition naturelle et fatale de son cerveau, c'est l'évolution spontanée de sa maladie. Telle est mon idée, elle est d'ailleurs conforme à celle de Morel. L'hypertrophie du moi continue chez lui à jouer un rôle et vient se manifester comme la végétation naturelle qui recouvre un terrain préparé.

Le persécuté ambitieux raisonne ; il discute le pour et le contre de ses opinions, il prépare des arguments qu'il opposera aux objections.

N'est-il pas vrai, d'ailleurs, qu'à l'état normal, les convictions se produisent, la plupart du temps, sans raisonnement, suivant le tempérament ou l'éducation de chacun ? Le raisonnement des persécutés ne sert qu'à masquer les faux pas de la raison.

Une fois le délire déclaré, il peut porter sur les faits les plus divers, l'ambition n'a pas de limites, elle est sans frontières. Les malades sont rois ou empereurs, millionnaires, inventeurs, etc... Une seule chose leur manque, c'est la liberté pour mettre leurs projets à exécution. D'autres fois, ils sont pénétrés d'idées mystiques, les hommes se croient Dieu, les femmes deviennent vierges et se disent enceintes de Jésus-Christ. Dans leur extase, on constate quelquefois des jouissances génitales.

Il ne faudrait pas croire cependant que tous les ambitieux soient des persécutés, quoique cette opinion ait été soutenue : « J'ai dit et je maintiens, dit le professeur Ball, qu'il est des ambitieux qui ne sont pas persécutés. Les vrais persécutés sont toujours tristes, mécontents, et jamais satisfaits ; ils ne peuvent pas se défaire de leurs persécuteurs ; c'est d'eux qu'on a pu dire :

Le chagrin monte en croupe et galope avec lui.

Tout autre est le délire d'un saint François d'Assise ou de sainte Thérése ; ils ont sans cesse des colloques avec Dieu et les anges et dans leurs visions ils éprouvent des jouissances ineffables dont l'âme humaine ne peut se faire une idée. Leur bonheur consiste à faire des miracles.

C'est là le caractère des ambitieux : toujours contents, toujours satisfaits d'eux-mêmes et à qui l'humanité sourit sans cesse..

Voyez aussi J.-J. Rousseau ; arrivé au comble des honneurs, son imagination le trahit ; les services qu'on lui rend sont perfides, dit-il. Dans un vin d'honneur qu'on lui offre un jour à Amiens, il ne voit qu'une amère ironie et il s'empresse de se soustraire aux ovations.

Le persécuté, toujours hanté d'une persécution permanente, est donc différent du véritable ambitieux qui se complaît dans les honneurs, dont la susceptibilité est toujours en éveil. Chez ce der-

nior tout trahit l'ambition, son attitude est pleine de morgue, il porte volontiers des décorations, des couronnes, etc... L'arrogance est une marque de fabrique qui existe toujours chez les persécutés ambitieux.

A moins d'être alcooliques, les persécutés n'ont jamais d'hallucinations de la vue. Dans le délire mystique, c'est tout le contraire ; ce dernier est en effet le temple des hallucinations de la vue : la religion en offre de nombreux exemples : le Christ apparaît, ses stigmates brillent d'un éclat particulier; bon nombre voient des anges, des saints, etc.; de là des conceptions plus bizarres les unes que les autres.

A la dernière phase de l'ambition, le persécuté devient graphomane ; il éprouve sans cesse le besoin d'écrire : c'est chez lui, dit M. le professeur Ball, une véritable « diarrhée littéraire ».

Comme exemple on peut citer l'abbé Paganel, la gloire de Bicêtre, qui a laissé une bibliothèque plus volumineuse que celle de Voltaire ; l'avocat Sandeau, qui fit pendant de longues années la fortune de l' « Opinion Nationale ».

Quelques-uns entretiennent des correspondances avec tout le monde. Celui-ci écrit au pape et le prie de donner sa démission en sa faveur; celui-là fait des proclamations ; cet autre s'adresse aux magistrats, à la police. On peut dire qu'un homme est gravement malade quand il arrive à ce que M. Ball appelle la période des « petits papiers ».

En entrant dans sa chambre, on voit partout des feuilles éparses, débris d'une vaste et inutile correspondance.

Reste à savoir si, dans l'évolution de ce délire, les idées ambitieuses peuvent se substituer aux idées de persécution. Cela arrive quelquefois, mais pas toujours.

Enfin, dernière question : Tous les persécutés deviennent-ils ambitieux? Non, et, ajoute M. Ball, la majorité même ne le devient pas. Garnier, cependant, est pour l'affirmative et répond qu'il suffit d'attendre et que l'on verra les idées ambitieuses se faire jour. Nous attendrons dix, vingt ans, trente ans même et nous ne verrons rien. Garnier dit qu'on n'a pas assez attendu. Nous attendrons quarante ans, et plus, et comme sœur Anne, nous ne verrons rien venir. Ce n'est pas assez, réplique Garnier ! Mais alors il arrivera un moment où l'un des deux fera défaut à l'autre, le médecin ou le malade. Ce mode d'argumentation s'appelle en terme de justice : une fin de non recevoir. Donner des réponses semblables, c'est vouloir éviter la question. On reconnaîtra donc que bien des persécutés vivent assez dans le délire pour pouvoir affirmer que la transformation ne se produira jamais !

VARIETÉS

Les maladies et les symptômes à noms propres.

L'*Union médicale du Nord-Est*, après la *Gazette médicale de Strasbourg*, a publié il y a quelque temps un article très intéressant sur les inconvénients de désigner les maladies par des noms propres.

Le tableau suivant est bon à reproduire ; il remet en mémoire des dénominations qu'on oublie et qui peuvent embarrasser les praticiens dans leurs lectures :

ADDISON (*kéloïde d'*). — Morphée.
ADDISON (*maladie d'*). — M. bronzée.
ALIBERT (*maladie d'*). — Mycosis fongoïde.
ARAN-DUCHENNE (*maladie d'*). — Atrophie musculaire progressive.
ASTLEY-COOPER (*hernie d'*). — H. crurale à sac multilobulé.
ARGYLL-ROBERTSON (*signe d'*). — Absence du réflexe pupillaire lumineux.
BASEDOW (*maladie de*). — Goître exophthalmique.
BAZIN (*maladie de*). — Psoriasis buccal.
BÉCLARD (*hernie de*). — H. à travers l'orifice de la saphène.
BELL (*paralysie de*). — Paralysie de la 7e paire.
BERGERON (*maladie de*). — Chorée rythmique localisée.
BOUDIN (*loi de*). — Antagonisme de l'impaludisme et de la tuberculose.
BOYER (*kyste de*). — Kyste sous-hyoïdien.
BRIGHT (*mal ae*). — Néphrite albumineuse.
BROWN-SÉQUARD (*syndrome de*). — Hémiparaplégie avec hémianesthésie du côté opposé.
CAZENAVE (*Lupus de*). — Lupus érythémateux.
CHARCOT (*maladie de*). — Arthropathie des ataxiques.
CHARCOT (*maladie de*). — Sclérose latérale amyotrophique.
CHEYNE-STOCKES (*respir. de*). — Respiration urémique.
CLOQUET (*hernie de*). — H. périnéale.
COLLES (*loi de*). — Non infection de la mère par son enfant syphilitique.
CORRIGAN (*maladie de*). — Insuffisance aortique.
CORVISART (*facies de*). — Facies asystolique.
CRUVEILHIER (*maladie de*). — Ulcère simple de l'estomac.
DONDERS (*glaucome de*). — Gl. simple atrophique.
DRESSLER (*maladie de*). — Hémoglobinurie paroxystique.
DUBINI (*maladie de*). — Chorée électrique.
DUCHENNE (*maladie de*). — Ataxie locomotrice.
DUCHENNE (*paralysie de*). — Paralysie pseudo-hypertrophique.
DUHRING (*maladie de*). — Dermatite herpétiforme.
DUPUYTREN (*hydrocèle de*). — H. en bissac.
DUPUYTREN (*maladie de*). — Rétraction de l'aponévrose palmaire.
E. WILSON (*maladie d'*). — Dermatite exfoliatrice généralisée.
EICHSTEDT (*maladie d'*). — Pityriasis versicolor.
ERB (*paralysie d'*). — P. radiculaire du plexus brachial.
ERB-CHARCOT (*maladie d'*). — Tabes dorsal spasmodique.
FOUCHARD (*maladie de*). — Périostite alvéo-dentaire.
FRIEDREICH (*maladie de*). — Ataxie locomotrice héréditaire.
GERLIER (*maladie de*). — Vertige paralysant.
GIBERT (*pityriasis de*). — P. rosé.
GIBBON (*hydrocèle de*). — H. avec hernie volumineuse.
G. DE LA TOURETTE (*maladie de*). — Incoordination motrice avec écholie et coprolalie.
GOYRAND (*hernie de*). — H. inguino-interstitielle.
GRAVES (*maladie de*). — Goître exophthalmique.
DE GRÆFE (*signe de*). — Dissociation des mouvements du globe de l'œil et de la paupière supérieure.
GUYON (*signe de*). — Ballottement rénal.

Harley (*maladie de*). — Hémoglobinurie paroxystique.
Heberden (*rhumatisme de*). — Rh. des petites jointures avec nodosités.
Hebra (*maladie de*). — Erythème polymorphe.
Hebra (*pityriasis de*). — P. rubra chronique.
Hebra (*prurigo de*). — Pr. vrai idiopathique.
Henoch (*purpura de*). — P. avec symptômes intestinaux.
Heselbach (*hernie de*). — H. crurale à sac multilobulé.
Hippocrate (*facies de*). — Facies agonique.
Hodgkin (*maladie de*). — Adénie.
Hogdson (*maladie de*). — Athérome de l'aorte.
Huguier (*maladie de*). — Fibro-myômes utérins.
Hutchinson (*dent de*). — Dent syphilitique (échancrure semi-lunaire du bord libre).
Hutchinson (*triade de*). — Echancrure dentaire ; kératite interstitielle ; otite (syphilis hérédit.).
Jacob (*ulcère de*). — Ulcère eancroïdal.
Jacksonienne (*épilepsie*). — Ep. partielle.
Kaposi (*maladie de*). — Xéroderma pigmentosum.
Kopp (*asthme de*). — A. thymique ; spasme de la glotte.
Kronlein (*hernie de*). — H. inguino-propéritonéale.
Laennec (*cirrhose de*). — C. atrophique.
Landry (*maladie de*). — Paralysie ascendante aiguë.
Laugier (*hernie de*). — H. à travers le ligament de Gimbernat.
Leber (*maladie de*). — Atrophie optique héréditaire.
Levert (*loi de*). — Insertion marginale du cordon avec placenta prœvia.
Littré (*hernie de*). — H. diverticulaire.
Ludwig (*angine de*). — Phlegmon sus-hyoïdien infectieux.
Malassez (*maladie de*). — M. kystique du testicule.
Ménière (*maladie de*). — Vertige labyrinthique.
Millar (*asthme de*).— Laryngite striduleuse (spasme glottique).
Morand (*pied de*). — P. à huit orteils.
Morvan (*maladie de*). — Parésie analgésique des extrémités.
Paget (*maladie de*). — Eczéma précancéreux du mamelon.
Paget (*maladie de*). — Ostéite déformante hypertrophique.
Parrot (*maladie de*). — Pseudo-paralysie syphilitique.
Parrot (*signe de*). — Dilatation de la pupille par pincement de la peau (méningite).
Parkinson (*maladie de*). — Paralysie agitante.
Parry (*maladie de*). — Goître exophthalmique.
Pavy (*maladie de*). — Albuminurie intermittente.
Petit (*hernie de* J.-L.). — H. lombaire.
Pott (*anévrysme de*). — An. par anastomose.
Pott (*fracture de*).— Fr. du péroné, par divulsion.
Pott (*mal de*). — Ostéite vertébrale.
Raynaud (*maladie de*). — Asphyxie symétrique des extrémités.
Reclus (*maladie de*). — Maladie kystique de la mamelle.
Richter (*hernie de*). — Entérocèle pariétale.
Rivolta (*maladie de*). — Actinomycose.
Romberg (*signe de*). — Vacillation des ataxiques dans l'obscurité.
Rosenbach (*signe de*). — Abolition du réflexe abdominal.
Salaam (*tic de*). — Salutation convulsive.
Sœmisch (*ulcère de*). — Ul. infectieux de la cornée.
Stork (*blennorrhée de*). — Bl. des voies respiratoires supérieures.
Stokes (*loi de*). — Paralysie des muscles sous-jacents aux séreuses et aux muqueuses enflammées.
Sydenham (*chorée de*). — Ch. vulgaire.
Thomsen (*maladie de*). — Spasme musculaire au début des mouvements volontaires.
Tornwald (*maladie de*). — Inflammation de la glande pharyngienne de Luschka.
Velpeau (*hernie de*). — H. crurale en avant des vaisseaux.
Volkmann (*difformité de*). — Luxation congénitale tibio-tarsienne.
Wardrop (*maladie de*). — Onyxis maligne.
Weil (*maladie de*).— Typhus arbortif avec ictère.
Wels (*facies de Sp.*).— Facies ovarien.
Werlhoff (*maladie de*).— Purpura hémorrhagica.
Westphal (*signe de*). — Abolition du réflexe rotulien.
Willan (*lupus de*). — L. à forme tuberculeuse.
Winckel (*maladie de*). — Cyanose pernicieuse des nouveau-nés.

On n'a rapporté ici que les maladies le plus communément citées dans la littérature médicale ; nous n'ignorons pas qu'il y en a bien d'autres encore.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

7e année, 26e séance

L'an mil huit cent quatre-vingt-huit, le 30 octobre, le syndicat s'est réuni à Soissons, au buffet de la gare.

Après un déjeuner confraternel, la séance a été ouverte à 1 heure par M. Ancelet, président.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. Bour, maintenant sa démission. (Acceptée.)

Le même membre dit qu'il est allé le matin voir le confrère Faille, qui est malade depuis le 11 octobre, mais qu'il a le plaisir d'annoncer qu'il va beaucoup mieux.

Rectification au procès-verbal.—Lecture est faite du procès-verbal. A l'article *déontologie médicale*, M. Manichon dit que, s'il avait été présent, il se serait abstenu pour les mêmes raisons que MM. Deligny et Pichancourt.

Rectification sera faite.

A ce propos, le président donne lecture d'une lettre du Dr D. père, qui est son ami depuis 40 ans. Il est dit, entre autres choses, dans cette lettre : Mon cher ami, je crois que les médecins qui ont voté la proposition Faille sont victimes d'allégations calomnieuses. Je tiens à affirmer sur l'honneur qu'aucune intrigue, aucune manœuvre indélicate n'a été employée ni par mon fils, ni par moi dont tu ne suspecteras pas la bonne foi. »

Il croit que le syndicat suivrait une mauvaise voie en s'occupant de questions personnelles et surtout concernant des confrères étrangers au syndicat ; il propose, en conséquence, l'ordre du jour suivant qui finirait cet incident pénible :

Le Syndicat, *tout en regrettant le mode de nomination du Dr D*, après avoir entendu la lecture des explications d'un confrère digne de foi qui déclare que les faits ne se sont pas passés ainsi qu'il a été dit, s'en rapporte à sa parole d'honneur, prend acte de sa protestation et contre les termes, et contre le fonds du compte rendu du syndicat de la séance du 28 août, annule la délibération votée le même jour (proposition Faille) et passe à l'ordre du jour. Cet ordre du jour est adopté.

Admission de nouveaux membres.—MM. les Drs Millot, de Vic-sur-Aisne, Préaux, de Villers-Cotterets, et Bohn d'Ambleny, présents, sont admis.

M. le Dr Brassart de Villers-Cotterets, sur la présentation du Dr Loysel, est également admis.

Discours du président. — Mes chers confrères, pour la troisième fois, vous avez bien voulu nous continuer votre confiance, nous vous en témoignons tous notre profonde gratitude.

Votre président est particulièrement heureux de pouvoir constater une fois de plus la bonne harmonie qui règne entre vous, vous remercier de votre persistante assiduité, affirmer la prospérité, les progrès de notre œuvre pleine d'avenir.

Depuis trop longtemps la maladie tient éloigné de nous notre bon collègue Godart. Les nouvelles récentes nous donnent lieu de croire à une guérison prochaine que nous appelons de tous nos vœux. Vous l'avez remplacé au bureau par notre sympathique confrère de Soissons, le Dr Woimant, qui saura, nous l'espérons, agrandir le cercle de nos adhérents.

Deux de nos collègues, les Drs Dupré et de Châteaubourg, ont quitté la contrée pour aller s'établir, l'un à Reims, l'autre à Paris, où nos meilleurs souhaits les accompagnent. De leur côté, ils ont tenu à conserver les liens qui les attachaient au Syndicat et ils continuent à en faire partie. Notre Société compte un nombre de plus en plus grand d'adhérents ; notre zélé secrétaire vous en rendra compte tout à l'heure, ainsi que de la situation de la caisse d'assurances-maladie ; à ce propos, qu'il me soit permis, au nom de tous, de féliciter notre ami Lécuyer de la médaille de bronze que le ministre vient de lui décerner pour ses travaux dans les conseils d'hygiène.

Je me bornerai simplement à dire que nous avons lieu d'espérer que l'essai tenté par le Syndicat d'Aisne-et-Vesle recevra la sanction de l'expérience, surtout si la bonne santé que je vous souhaite à tous et votre persévérance permettent l'accroissement continu de notre capital déjà respectable.

Vous le savez, chers confrères, nos efforts tendent constamment à multiplier les points de contact, à resserrer les liens d'estime et d'affection qui doivent unir les médecins d'une même région pour travailler fructueusement, de concert, aux intérêts matériels et moraux de la profession.

Loin d'être une œuvre hostile à l'Association générale des médecins de France, l'œuvre des syndicats, plus libre en ses allures, plus dégagée de l'immixtion des pouvoirs publics, en est le complément naturel.

A chacune de ces sociétés, sa tâche spéciale, mais concordante. Vous l'avez si bien compris que six de nos membres vont être présentés tout à l'heure à l'Association locale de Soissons qui leur fera bon accueil.

La présence à notre table des membres du bureau de cette Association nous est une preuve sensible de leur sympathie. Nous les remercions cordialement de l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant, avec leur bienveillance accoutumée, notre modeste invitation.

Permettez-moi, en terminant, d'exprimer un vœu. Si vous le voulez bien, tout en laissant à chacune de ces sociétés *son autonomie entière*, nous solliciterons de notre sœur aînée la faveur de nous joindre à elle une fois l'an, en faisant coïncider par une entente commune des deux présidents l'époque de la réunion des deux sociétés, à Soissons, le même jour.

Nous y trouverons l'occasion d'affirmer une fois de plus l'union de tout le corps médical du Soissonnais, but constant de nos efforts communs. (Applaudissements.)

Le Syndicat adhère à la proposition du président.

Compte rendu annuel du secrétaire.— Mes chers confrères, j'ai le plaisir, au commencement de notre 7e année d'existence et à notre 26e séance, de constater, comme notre aimé président, la prospérité de plus en plus grande du Syndicat qui se compose de 24 membres et d'un candidat.

Il y a eu deux démissions : MM. Bours et Vignon ; mais nous avons eu six admissions, les Drs Vendroud, Préaux et Brassard, de Villers-Cotterets ; Loysel et Millot, de Vic-sur-Aisne, enfin Bohn, d'Ambleny. La candidature est celle du Dr Combes, de Braisne, qui, d'après le règlement, doit attendre six mois de résidence.

Nous devons donc nous féliciter d'avoir poussé une pointe dans le Soissonnais.

L'Association locale de Soissons y trouvera également son compte et la convocation des deux sociétés le même jour, la demande d'admission de six membres du Syndicat à l'Association locale, tout cela fait voir que nous ne cherchons que l'harmonie confraternelle.

Dans le cours de cette année, le Syndicat s'est occupé de la nomination des médecins d'hôpitaux de province.

Le principal travail de l'année est notre projet d'assistance publique dans les campagnes. A ce propos je dois vous dire que j'ai reçu nombre de lettres de tous les points de la France demandant le travail du Syndicat.

Sa publication dans le *Concours Médical*, l'analyse bienveillante qu'en ont faite nos distingués confrères Gassot dans la *Revue générale de clinique*, et Lardier dans la *Gazette médicale des Vosges*, l'ont fait connaître avantageusement.

Le Dr Thomas, ancien député de la Marne et conseiller général pour le canton de Bourgogne, m'a écrit qu'il proposerait, en session d'avril, au Conseil général, l'établissement du système adopté par le Syndicat.

La Société médicale de Reims a mis cette question, sur ma demande, à son ordre du jour, et la discussion en aura lieu sûrement avant la fin de l'année 1888.

Nous espérons que notre confrère et collègue Dupuy, député de l'Aisne et conseiller général du canton de Vervins, en fera autant pour le département de l'Aisne.

Egalement sur ma demande, à l'Association locale de Laon dont je continue à faire partie tout en m'agrégeant à celle de Soissons, cette question a été mise à l'étude et une commission a été nommée, chargée d'étudier notre travail. Elle est composée de MM. Dupuy, Galloy, Wimy, Rous-

seau, et Lécuyer. J'ai lieu de croire que le rapport favorable sera bientôt prêt.

Le système adopté, vous le savez, est le système d'Indre-et-Loir. Il vient d'être adopté par le Syndicat de la Vienne, et le Conseil général de ce département l'a adopté également. Espérons que l'Aisne et la Marne ne tarderont pas à profiter de cette organisation libérale ; mais, pour cela, il faut faire de l'agitation.

Quelques questions ont été aussi étudiées de nouveau dans le cours de l'année, sur la demande de collègues, dans certains cas particuliers : secret médical ; secours mutuels, etc.

Nous avons aussi revisé notre tarif et notre règlement.

Le Syndicat a profité de ce qu'un ami de notre cher président, M. Chesnel, licencié en droit, s'était retiré à Vailly pour le nommer Conseil judiciaire. C'est un rouage nouveau dont le syndicat n'a qu'à se féliciter et duquel il peut attendre de grands services à l'occasion.

Somme toute, année bien remplie : la publication de notre règlement et de notre projet d'assistance publique dans les campagnes sont là pour attester et la vitalité et l'esprit de travail qui a toujours existé parmi nous.

Caisse d'assurances mutuelles en cas de maladies temporaires. — Je dois vous rendre compte — et je parle spécialement pour les membres du Syndicat qui font partie de notre caisse d'assurances — des opérations de ladite Caisse. Au commencement, 14 adhérents ; maintenant, il n'y en a plus que 13, M. Bours ayant démissionné en août dernier.

Du 1er octobre 1887 au 1er octobre 1888, la caisse a reçu 816 fr. dont 800 fr. placés à la caisse d'épargne postale.

Nous n'avons pas eu de malades, de sorte que la deuxième année du fonctionnement se présente sous de bons auspices.

Nous avons en ce moment un malade ; il sera donc certain d'être secouru, et non pas comme aumône, mais en vertu d'un droit.

Je suis chargé par le bureau de l'Union d'expliquer, à la séance du 4 novembre, le fonctionnement de cette caisse sur laquelle les Drs Lassalle, président du syndicat suburbain de l'arrondissement de Bordeaux ; Moran, du syndicat de Lectoure ; Cassius, du Lot-et-Garonne, m'ont déjà demandé des renseignements.

J'espère que cette organisation *si simple*, qui ne comporte pas *d'aléa*, sera appréciée et trouvera des imitateurs.

Il me reste, mes chers confrères et amis, à vous remercier de la bienveillance que vous montrez toujours à votre secrétaire que vous avez bien voulu nommer perpétuel.

Mais ses occupations nombreuses et variées ne lui permettent pas de s'occuper comme il le désirerait du syndicat.

Je demanderai la nomination d'un secrétaire adjoint que je pourrai mettre pendant un an au courant des traditions de notre syndicat ; de cette manière il n'y aura pas d'assaut brusque..

Au bout de 7 années de secrétariat, je pourrai prendre une retraite que j'aurai, je crois, bien gagnée et le syndicat ne s'apercevra de la transition que par une impulsion plus vive, peut-être, donnée par un collègue plus jeune que votre dévoué secrétaire actuel. (Applaudissements.)

Le président met aux voix les diverses propositions contenues dans le rapport, propositions qui sont adoptées sauf la démission du secrétaire qu'à l'unanimité l'assemblée refuse, ainsi que la nomination d'un secrétaire adjoint.

Le secrétaire remercie le syndicat, mais l'année prochaine il renouvellera sa démission.

La séance est levée à 4 heures.

La prochaine séance aura lieu à Vailly en avril 1889.

Le secrétaire général,
Dr H. Lécuyer,
de Beaurieux (Aisne).

P. S. Le matin, à l'excellent buffet de la gare de Soissons, les membres du Syndicat avaient déjeuné avec le bureau de l'Association locale, invité par le syndicat.

A 4 h 1/2, l'association tint sa séance et ensuite les membres des deux sociétés se réunirent dans un banquet confraternel.

Bonne journée, où l'on prit rendez-vous pour l'année prochaine, en juillet.

Dr H. L.

Société des médecins de la Nièvre.

Nous extrayons du discours du président les passages suivants :

Association et secours en cas de maladie.

Pour resserrer les liens confraternels qui unissent les Médecins, et puisque notre Association est une société de secours mutuels je voudrais que comme dans les autres sociétés de ce genre, les secours fussent efficaces et évidents.

Dans ces sociétés le Sociétaire malade est soigné, visité ; ses frais de maladie sont payés par la société. Avez-vous un réglement qui fasse une obligation au Médecin de soigner son confrère malade ? Vous me direz qu'il ne s'y refuse jamais ; d'accord. Mais le médecin malade est bien plus mal traité qu'un client membre ou non d'une société de secours mutuels qui se croit le droit d'être fort exigeant.

Les frais de maladie ne sont prévus nulle part dans nos statuts, et Dieu sait que tous les médecins ne sont pas riches.

Si vous voulez aborder un sujet plus triste encore : après le décès d'un médecin pauvre, et ils ne sont pas rares, croyez-le bien, sa veuve et ses enfants sont obligés d'attendre longtemps des secours pécuniaires de la Société, s'il osent seulement les demander.

Je voudrais que, par prévoyance, ces cas fussent réglés d'avance. Habitué à soigner les autres, le médecin ne songe pas aux soins médicaux dont il peut lui-même avoir besoin. Rien, à ce sujet, n'a été consigné dans nos statuts, et il me semble bon et urgent de le faire. C'est un règlement facile à établir, et il ne dépend que de vous de le mettre immédiatement à exécution. D'un côté, assurer des soins médicaux à nos confrères malades ; d'un autre, fournir à eux et aussi à leur famille, en cas de besoin, des secours pécuniaires immédiats, s'ils sont nécessaires, voilà ce que je vous propose.

Vous avez des fonds disponibles et des fonds placés qui vous rapportent intérêt. Mais pourquoi thésauriser ? Pourquoi ne pas vous servir de ces fonds pour secourir, en cas de besoin, vos Sociétaires malades et pour venir en aide à leur veuve ou à leurs enfants dans le besoin ?

Je vous prie de prendre ma demande en sérieuse considération.

Il est inutile de m'étendre sur les avantages que présenterait un semblable règlement.

Connaissant vos sentiments confraternels, je n'ai aucun doute sur l'accueil que vous ferez à ma proposition. — Elle peut être discutée d'urgence et acceptée, s'il y a lieu, avec les modifications qui peuvent y être apportées — ou, ce qui sera plus long, soumise à l'examen d'une commission nommée immédiatement à cet effet.

Voilà un premier projet pour arriver à établir entre nous des liens plus étroits de confraternité ; il y en a d'autres encore qui peuvent être présentés et étudiés sérieusement ; que chacun de vous y réfléchisse et les recherche ; la Société, je n'en doute pas, sera heureuse de les étudier et reconnaissante à leurs auteurs.

Nous efforcer d'améliorer la position des Médecins, défendre les intérêts professionnels, faire cesser les petites inimitiés particulières, créer entre nous des relations amicales et toujours courtoises, montrer que la confraternité médicale n'est pas une expression banale et un vain mot, c'est, je crois, le vrai moyen d'attirer des adhérents à notre Société, de la faire apprécier et respecter par tous.

Projet de réglement.

1° Tout membre de la Société médicale de la Nièvre aura droit, en cas de maladie, aux soins médicaux (du ou) des confrères voisins, membres de l'Association.

2° En cas de maladie prolongée, les confrères les plus rapprochés devront s'entendre pour continuer les services dont était chargé le confrère malade et pour visiter ses clients en traitement, s'il est possible.

3° Le bureau de la Société, prévenu, désignera un ou deux confrères pour visiter le sociétaire malade et s'enquérir de sa position et de ses besoins. Le Confrère désigné adressera immédiatement un rapport au Président de la Société.

4° La Commission administrative, spécialement convoquée, décidera, s'il y a lieu, d'accorder des secours pécuniaires, qui seront immédiatement envoyés par les soins du Trésorier.

5° En cas de décès, les membres de l'Association les plus voisins devront, à moins d'empêchement imprévu et inéluctable, se faire un devoir d'assister aux funérailles de leur confrère, prévenir immédiatement le Président de la Société et le renseigner sur les besoins de la veuve et des enfants.

6° Un secours immédiat pourra, sur la décision du bureau, être envoyé pour subvenir aux premiers besoins.

7° Une somme de 400 fr. sera toujours disponible à cet effet dans la caisse du Trésorier.

PENSÉES ET MAXIMES

Un médecin doit plutôt rechercher l'amitié des vieilles dames que l'amour des jeunes.

Nul mieux que le médecin, si ce n'est le mari, ne connaît le secret de certains artifices de la toilette féminine..., et l'un comme l'autre s'y laissent souvent prendre.

La nature féminine est pour les philosophes un abîme dont le spéculum du médecin fait deviner le fond.

NOUVELLES

Prix de la Société d'hygiène de l'enfance. — Des récompenses honorifiques consistant en une médaille d'argent, 1er *prix* ; en une médaille de bronze, 2e *prix* ; et en une mention honorable, 3e *prix*, seront décernées en 1889, par la Société d'hygiène de l'enfance aux meilleurs travaux répondant à l'une des questions ci-dessous :

1° Du lait des différents animaux au point de vue de l'allaitement.

2° La contagion à l'école.

3° Monographie au point de vue de l'hygiène d'une industrie employant les enfants.

Les candidats devront déposer, sans se faire connaître, leur mémoire écrit en français, ou accompagné d'une traduction française, avant le 1er mai 1889.

Les mémoires devront être originaux et ne pas avoir été déjà publiés ; ils seront désignés par une épigraphe répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Adresser les mémoires : à M. le Dr Chassaing, président de la Société, 207, rue St-Antoine — ou à M. le Dr Félix Brémond, secrétaire général, 13, rue Condorcet.

Ligue nationale de l'Éducation physique. — Nous avons publié, dans le N° 45 du *Concours Médical*, page 537, l'organisation et le but de cette Ligue d'un intérêt vraiment national. Nous ne saurions trop insister auprès de nos lecteurs pour les engager à adhérer à une œuvre aussi utile. Pour tout ce qui concerne l'éducation de la nation, sans le médecin, il est impossible de tenter quelque chose avec fruit. Le but de cette ligue, qui est d'assurer à la jeunesse une éducation physique en rapport avec les exigences de la défense nationale, est tout patriotique.

Les résultats qu'elle a déjà obtenus lui sont un encouragement au même titre que les précieuses adhésions qu'elle a reçues. Le comité d'action, en tête duquel se trouve M. Berthelot, sénateur, membre des Académies des sciences et de Médecine, ancien ministre de l'Instruction publique, est composé d'hommes éminents qu'une même ardeur anime. Le *Concours Médical* rappelle qu'il a ouvert une liste de souscription. Pour faire partie de la Ligue, il suffit d'être Français, d'adhérer aux statuts et de verser une cotisation annuelle de *Trois francs*, qu'on peut envoyer aux bureaux du *journal*.

La réclame en Prusse. — Un privat docent en gynécologie de la faculté de Berlin ayant ouvert une polyclinique obstétricale, a adressé aux sages-femmes de Berlin une circulaire dans laquelle il offre 3 marks pour chaque accouchement qui lui sera procuré. Ce procédé a provoqué, comme on pouvait s'y attendre, un grand mécontentement parmi les médecins berlinois.

— *Cours de mesdames de Bure et Suillet*, 11 bis, passage de la Visitation, (rue Paul-Louis Courier), faubourg Saint-Germain.

Cours élémentaires, moyens, supérieurs ; ces cours ont lieu deux fois par semaine, pour chaque degré, du 3 novembre au 1er juillet ; 25 francs par mois. Cours préparatoire, enseignement par les yeux pour les enfants depuis 5 ans, 15 francs par mois. Langues étrangères, Dessin.

Le Directeur du *Concours* recommande avec instance à nos lecteurs le cours de Mlle Suillet. Il leur sera personnellement reconnaissant s'il leur est possible d'envoyer des élèves à la fille du Dr Suillet dont nous avons annoncé, il y a deux ans, la mort prématurée.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise), — Imp. DAIX frères, place St-André, 3. Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 4 | 26 Janvier 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La pomme de terre dans le régime des diabétiques (1).

M. *Grellety* a appelé après M. Dujardin-Beaumetz, l'attention sur l'usage des pommes de terre bouillies dans le diabète qui risque de dégénérer en abus. Il y a eu, à ce sujet, un malentendu regrettable, qu'il importe de dissiper. Beaucoup de diabétiques, se basant sur des communications faites en France et à l'étranger, ont cru qu'ils pouvaient manger impunément des pommes de terre, et ils en ont abusé, au préjudice de leur santé. Comme ces malades sont très impressionnables et se tiennent au courant de tout ce qui s'écrit sur leur compte, il faut qu'ils sachent bien et qu'on leur répète que la pomme de terre bouillie n'a pas d'action curative sur la glycosurie, qu'elle peut simplement remplacer le pain, parce qu'elle contient moins d'amidon, à poids égal, mais de là à en faire une sorte de panacée, il y a loin.

M. *Créquy* a également été témoin d'abus analogues, et a pu constater que le sucre avait augmenté d'une façon notable chez plusieurs de ses malades, à la suite de l'usage immodéré des pommes de terre.

Traitement de la phthisie par les fenêtres ouvertes.

Parmi les divers modes de traitement de la phthisie, il en est un assez récent qui a été préconisé par un médecin suédois, établi à Falkenstein, où il traite ses malades par la suralimentation et en les laissant nuit et jour exposés au grand air. Ce traitement a été employé en France par les professeurs Bouchard, Jaccoud, Peter. M. Duchesne demandait, dans une récente séance de la Société de médecine pratique, à M. Dujardin-Beaumetz, comment on pourrait, dans nos climats, laisser un malade toute une nuit la fenêtre ouverte, surtout par les temps de brouillard que nous venons de traverser.

« La question du traitement de la phthisie, a répondu M. Beaumetz, est des plus délicates, étant très complexe. Les différents traitements médicaux n'ayant pas donné les résultats favorables que l'on en attendait, on tend à revenir au régime hygiénique, et principalement à la suralimentation et à l'aération. Néanmoins, je crois que les conditions climatériques rendent difficilement applicable l'aération absolue des malades, malgré les modifications apportées soit par le masque allemand, soit par la hotte de Darsonval. En tout cas, dans nos climats, je conseillerais de bien couvrir les malades de manière à empêcher les refroidissements. »

A ce propos, M. *Delthil* a dit qu'il réprouvait le mode actuel de chauffage par les calorifères, qui suppriment le tirage et le renouvellement de l'air dans les appartements. Il préférerait aussi les chattières, établies au ras du sol, aux prises d'air supérieures.

Du strophantus et de l'extrait de laurier-rose (1).

M. *Dujardin-Beaumetz*, dès le début des applications du strophantus à la thérapeutique, a exprimé l'avis que ce médicament était un bon diurétique cardiaque, et qu'il rendrait de grands services dans les affections mitrales, avec affaiblissement du cœur.

Contrairement à M. Bucquoy, il a obtenu de bons résultats avec le strophantus dans les néphrites albumineuses, c'est-à-dire dans des cas où des phénomènes d'intoxication peuvent se produire par suite de dégénérescence chronique du rein. Dans le cas de sclérose, les effets du strophantus sont vraiment supérieurs à ceux fournis par la digitale. Cette dernière, en effet, est souvent mal supportée par les individus atteints d'insuffisance

(1) Société de médecine pratique.

(1) Académie de médecine, 15 janvier.

rénale, à cause de la susceptibilité de leur estomac.

Le strophantus ne provoque pas de vomissements ; le seul inconvénient qu'il ait est de produire de la diarrhée, symptôme d'ailleurs favorable dans les cas d'insuffisance rénale.

Tout dépend, au point de vue du résultat, de l'état du myocarde, et, comme l'action du strophantus est rapide, on peut toujours tenter cette médication pour la cesser au bout de 24 à 48 heures, si la quantité d'urine n'a pas augmenté. Au lieu d'employer, comme M. Bucquoy, l'extrait de strophantus à la dose de 3 à 4 milligrammes, il se sert de la teinture au cinquième (5 à 6 gouttes matin et soir.)

M. Beaumetz a expérimenté le laurier-rose pour voir si avec ce médicament on ne pouvait obtenir les mêmes résultats qu'avec le strophantus.

Avec M. Pouloux il a fait des expériences, démontrant que l'extrait de laurier-rose a sur le cœur une action absolument identique à celle du strophantus. En conséquence, comme l'avait proposé Peliken, en 1886, il a administré à des malades atteints d'affections cardiaques, de 10 à 20 centigrammes d'extrait de laurier-rose, et a obtenu les mêmes effets qu'avec le strophantus, effets, il est vrai, moins constants et moins marqués.

On pourrait encore essayer l'oléandrine, mais ici, comme pour la strophantine, on ne sait rien de bien positif sur ce principe actif du laurier-rose.

Le microbe et le poison de la diphthérie.

L'étude de la diphthérie vient d'entrer dans une phase nouvelle par suite des recherches récentes de l'un des plus brillants élèves de M. Pasteur, le Dr *Roux*, assisté de son préparateur le Dr *Yersin* (1), dont nous avons pu suivre les travaux pendant son temps d'externat dans le service de la clinique des Enfants.

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, décembre 1888.

Le microbe de la diphthérie, entrevu jusqu'ici vient d'être étudié à des points de vue multiples par ces deux expérimentateurs d'une compétence hors ligne, mais leur découverte la plus féconde en conséquences prophylactiques et thérapeutiques est celle du poison fabriqué par le microbe pathogène.

Le bacille pathogène de la diphthérie est bien celui que Klebs avait signalé le premier et que Lœffler avait étudié depuis.

Après avoir précisé les caractères descriptifs du bacille de Klebs, qu'ils ont rencontré dans les 15 cas de diphthérie qu'ils ont examinés, MM. Roux et Yersin nous font connaître l'action de ce bacille sur les animaux.

Par l'inoculation sur les muqueuses ces auteurs ont obtenu, comme Lœffler, des fausses membranes, et ils ajoutent : « Les animaux de nos expériences se sont comportés comme ceux des siennes, avec cette différence toutefois que l'issue fatale est pour ainsi dire la règle pour nos inoculés après trachéotomie. L'affection que l'on produit ainsi chez le lapin *rappelle le croup chez l'homme*. La difficulté que l'animal éprouve à respirer ; le bruit que fait l'air en passant par la trachée obstruée ; l'aspect de la trachée congestionnée et tapissée de fausses membranes ; le gonflement œdémateux des tissus et des ganglions du cou, rendent cette ressemblance absolument frappante. »

Lœffler avait constaté que chez les lapins et les pigeons les injections sous-cutanées sont infiniment moins dangereuses que l'inoculation dans la trachée. Les cultures de MM. Roux et Yersin sont beaucoup plus actives, car elles tuent les pigeons et les lapins chez lesquels on les introduit sous la peau. Le cobaye est beaucoup plus sensible que le lapin à l'action du bacille de la diphthérie. L'introduction sous la peau des cobayes d'une petite quantité de culture amène toujours la mort, souvent en moins de 36 heures.

FEUILLETON

Office sanitaire de Marchaux.

Pourquoi ne pourrait-on pas établir partout des Instituts analogues à celui de Marchaux ?...

Pourquoi les petites communes rapprochées les unes des autres, ne pourraient-elles pas se syndiquer, de manière à former une paroisse médicale nettement circonscrite ?.....

Pourquoi même des donateurs généreux ne viendraient-ils pas en aide aux communautés pauvres pour y créer un service de santé très utile ?...

Voilà bien des questions.

Outre que la création d'Instituts pareils sur tous les points du territoire français, serait à l'heure qu'il est prématurée, j'estime qu'elle aurait des inconvénients dont il est aisé de se rendre compte.

D'abord nous ne sommes pas prêts. Les médecins, d'une part, ne sont pas assez préparés au rôle qu'ils auraient à remplir ; et la population, d'autre part, a des idées trop confuses sur ce que peut être l'art de guérir. Une innovation trop soudaine risquerait donc, sinon de tuer, au moins de déconsidérer et de compromettre pour longtemps les réformes professionnelles que nous désirons.

***

Le corps médical est-il assez mûr, assez dégagé des superstitions et de l'intolérance *scientifiques* pour qu'on puisse l'investir de fonctions aussi importantes, pour qu'on ose confier à chacun de ses membres isolément la direction sanitaire d'une agglomération de quelques mille âmes ? Ne serait-il pas à craindre que chaque médecin se laissât conduire par ses vues particulières ou par quelque doctrine exclusive ?

Voyez-vous un allopathe quelconque, un peu jeune et fanatique, exerçant à côté d'un dosimètre ou d'un homœopathe ! Quelle mésintelligence entre voisins obligés de se compléter, de s'entraider, de s'assister ! Quels désaccords scandaleux ! Quel dénigrement réciproque et systématique ! et finalement quel discrédit pour la profession elle-même !...

Dans l'état présent des choses, avec le gâchis professionnel au milieu duquel nous opérons, ces discordances n'ont rien d'absolument mauvais, les malades étant libres d'avoir recours à la médecine qu'ils préfèrent.

***

Puis, même à supposer que ces scandales n'eussent pas lieu, serait-il vraiment sage de permettre à chaque médecin d'agir à sa fantaisie dans sa

La mort des animaux en expérience a été la règle avec les cultures de MM. Roux et Yersin. Le plus souvent elle a lieu en moins de 60 heures ; mais quand elle n'arrive pas aussi vite, on observe des symptômes paralytiques dont nous parlerons tout à l'heure.

L'inoculation dans le péritoine tue les animaux, mais moins vite que l'inoculation sous-cutanée.

Hoffmann avait dit que l'inoculation préalable avec les cultures anciennes, moins virulentes, pouvait empêcher sur les animaux l'action virulente des cultures fraîches ; voici, sous ce rapport, les résultats obtenus par MM. Roux et Yersin :

« Lorsque les cultures inoculées sont anciennes, la mort est moins rapide; mais il suffit de les renouveler pour qu'elles reprennent toute leur activité. Une culture sur sérum conservée à l'air, pendant cinq mois, à la température ordinaire, mais à l'abri de la lumière, inoculée directement à un cobaye, l'a tué en cinq jours ; après avoir été rajeunie elle a fait périr un second cobaye en 24 heures. Il n'y avait donc pas à proprement parler d'atténuation de la culture ancienne. Les bacilles qui ont été isolés des divers cas de diphthérie qui nous ont servi dans cette étude se sont toujours montrés virulents. Pour les cobayes nous n'avons jamais rencontré les différences dans la virulence signalées par M. Hoffmann. De même nos cultures dans le bouillon se sont montrées actives sur les cochons d'Inde après 23 jours et plus de séjour à l'étuve. Il ne paraît donc pas que la virulence du bacille de Klebs soit aussi fragile que quelques auteurs l'ont prétendu.

« Les variations de la virulence s'accusent quand on expérimente sur des animaux moins sensibles que les cobayes à l'action du virus diphthéritique. Les inoculations de cultures un peu anciennes sous la peau des pigeons et dans les veines des lapins ne tuent pas ces animaux ; elles peuvent amener chez eux des paralysies tardives ou ne produire aucun effet. Ces cultures renouvelées reprennent toute leur activité. Cependant, on obtient quelquefois des cultures récentes qui tuent les cobayes à tout coup et qui agissent d'une manière inconstante sur le pigeon et le lapin. Mais il ne s'agit pas là d'une atténuation régulière obtenue dans des conditions de culture bien déterminées. En effet, les animaux qui ont résisté à l'inoculation de ces cultures ont toujours succombé quand ils ont été éprouvés avec des cultures plus actives.

« Le bacille de la diphthérie est-il plus virulent pour les animaux quand il vient d'une diphthérie humaine très infectieuse ou quand il a été retiré d'une diphthérie bénigne ? Sans pouvoir nous prononcer définitivement sur cette question, nous disons que, des fausses membranes d'un cas très bénin, nous avons isolé un bacille diphthéritique dont les cultures étaient très actives sur les lapins.»

Un des principaux arguments invoqués pour établir la non spécificité de la bactérie de Klebs, était l'absence de paralysie diphthéritique à la suite des inoculations de cultures de ce microbe. Or, il résulte des recherches de MM. Roux et Yersin que *ces paralysies peuvent se montrer* dans deux conditions : 1° à la suite d'inoculations dans le pharynx et la trachée ; 2° après les injections intra-veineuses.

Les pigeons guérissent de ces paralysies bien plus fréquemment que les lapins, chez lesquels elles sont presque toujours mortelles.

L'existence de ces paralysies, à la suite de l'inoculation du microbe de MM. Klebs et Lœffler, complète la ressemblance de la maladie expérimentale avec la maladie naturelle, et établit d'une façon certaine le rôle spécifique de ce bacille.

Nous ajouterons que MM. Roux et Yersin se sont au préalable assurés que le bacille de Klebs n'existe pas dans les organes des animaux morts d'infection diphthéritique, et qu'il ne pullule qu'au niveau des fausses membranes.

---

circonscription, d'agir comme il l'entendrait, sans surveillance, sans règles disciplinaires, sans contrôle.... ?

Car enfin une municipalité n'aura jamais qualité pour exercer sur lui un contrôle un peu sérieux ; ni l'administration préfectorale non plus, qui n'a pas la compétence voulue...

Ah ! on en verrait de belles si on lâchait à tant de médecins communaux la bride sur le cou !

Non, non ; on n'oserait même pas octroyer une liberté aussi complète aux prêtres, malgré la discipline longue et sévère à laquelle ils sont façonnés pour l'exercice du sacerdoce.

*
* *

Il est bon qu'on sente au-dessus de soi, outre l'opinion publique qui se fourvoie souvent, parce qu'elle s'inspire aussi d'égoïsme, il est bon, dis-je, qu'on sente au-dessus de soi une autorité indépendante, qui ait tout à la fois les capacités et la compétence, pour reprendre et redresser, si l'on se trompe, ou pour soutenir et faire respecter, si l'on a raison.

Cette autorité, encore une fois ne peut être ni administrative, ni judiciaire, ni religieuse : il faut qu'elle soit médicale.

Elle ne peut être que médicale.

Or, ni les syndicats, ni les sociétés scientifiques ou de bienfaisance n'ont qualité pour jouer ce rôle.

L'institution d'un contrôle légal, d'un tribunal supérieur est à créer ; de plus en plus le corps médical en sentira le besoin pour exercer dans la société l'action à laquelle il peut prétendre.

Avant de faire fonctionner un mécanisme, on doit lui assurer de bons régulateurs.

*
* *

J'entends la susceptibilité des médecins se révolter.... Les plus farouches s'écrieront : Vous allez porter atteinte à nos franchises séculaires et nous enlever nos vieilles libertés !...

Verba et voces, prætereaque nihil ! La liberté ne saurait exister sans des correctifs.

J'ai l'honneur d'être, depuis trente-deux ans tout à l'heure, médecin d'une grande Compagnie. En vertu de nos règlements, aucun certificat médical étant destiné à figurer dans un dossier judiciaire ne doit être délivré par moi sans qu'il soit revêtu du visa de mon chef de service. Est-ce que vous pensez qu'une exigence pareille ait quelque chose d'humiliant pour moi ? Est-ce que vous croyez qu'elle puisse nuire à la liberté de mes appréciations, et que l'approbation d'un médecin éminent soit de nature à amoindrir la valeur de mes certificats ?

Autant vaudrait soutenir qu'une expertise perd à être faite par plusieurs personnes qui sont obligées de motiver leur avis.

Nous croyons devoir reproduire à peu près textuellement la partie du travail de MM. Roux et Yersin qui a trait à l'étude du *poison diphthéritique*, dont les premiers ils ont établi expérimentalement l'existence.

Voici ce qu'ils disent sur ce point capital :

« Le poison diphthéritique existe et on peut le mettre en évidence dans les cultures du bacille de Klebs.

« Filtrons sur porcelaine une culture dans du bouillon de veau, après qu'elle est restée sept jours à l'étuve ; tous les microbes sont retenus par le filtre, et le liquide obtenu est parfaitement limpide et légèrement acide. Il ne contient aucun organisme vivant ; laissé à l'étuve, il ne se trouble point : ajouté à du bouillon alcalin, il ne donne pas de culture ; introduit aux doses de 2 à 4 cc., sous la peau des animaux, il ne les rend pas malades. Il n'en est plus ainsi si on emploie des doses plus fortes, si l'on injecte, par exemple, 35 cc. dans la cavité péritonéale d'un cobaye ou dans les veines d'un lapin. Immédiatement après l'opération, le cobaye paraît bien portant ; mais après deux ou trois jours, son poil se hérisse, il ne mange plus, un écoulement sanguinolent se produit quelquefois par l'urèthre, la faiblesse de l'animal va en augmentant, sa respiration devient irrégulière, et il meurt le 5e ou le 6e jour après l'injection. A l'autopsie, les ganglions des aisselles et des aines sont congestionnés; tous les vaisseaux sont dilatés, surtout ceux des reins et des capsules surrénales, l'urine est parfois sanglante ; il y a des ecchymoses le long des vaisseaux, et les plèvres contiennent un épanchement séreux.

« Les accidents qui suivent les injections de ces produits diphthéritiques solubles varient en intensité suivant la proportion du poison contenue dans la culture. Les symptômes de paralysie ne tardent pas à se montrer chez les lapins qui ont reçu une dose suffisante de cette substance toxique (35 cc.). Le 4e ou le 5e jour, quelquefois plus tard, de la faiblesse musculaire survient dans le train postérieur; elle s'étend bientôt à tout le corps et l'animal, devenu complètement paralysé, meurt rapidement. Lorsque l'intoxication est moins aiguë, la paralysie peut rester quelque temps limitée à un groupe de muscles.

« Dans les cultures plus anciennes, le poison diphthéritique est plus abondant et les effets de l'injection du liquide filtré sont plus rapides. Dans ces conditions on observe fréquemment de la diarrhée chez les lapins intoxiqués.

« Avec les cultures anciennes dépouillées de microbes, nous avons donc produit, disent les auteurs, une diphthérie toxique, suraiguë, évoluant en quelques heures.

« L'existence de la *diarrhée* que nous venons de signaler chez les lapins qui ont reçu de grandes doses de poison diphthéritique nous a donné l'idée de rechercher si le même symptôme ne se rencontrait pas chez l'homme dans les formes toxiques de la diphthérie. Bien que le fait soit à peine signalé, la diarrhée est très commune dans la diphthérie infectieuse. Nous tenons ce renseignement de Mlle Daussoir, surveillante du pavillon des diphthéritiques à l'hôpital des Enfants-Malades. La diarrhée ne manque guère dans les formes toxiques et elle est un signe pronostique fâcheux.

« Quand les cultures du bacille de la diphthérie sont aussi chargées en produits toxiques, il n'est pas besoin, pour observer ses effets sur les animaux, d'employer de si fortes doses et de recourir aux injections dans les veines ou dans le péri-

---

La prescription dont il s'agit m'a donc toujours paru très sage. Elle n'ôte absolument rien à la liberté de mes appréciations ; et elle m'oblige à ne pas libeller étourdiment une pièce de procédure, qui est un acte sérieux, sans en avoir bien pesé tous les termes, une étourderie de ma part risquant de m'attirer des observations peu flatteuses et peut-être des remontrances.

Mais j'oublie qu'il y a des gens qui sont assez infatués de leur mérite pour ne vouloir accepter ni remontrances ni observations!

* * *

Le visa approbateur d'un homme qui est investi d'une grande autorité par sa haute situation d'abord et par ses connaissances spéciales, ce visa donne donc à mes certificats une valeur tout autre que s'ils ne portaient que ma modeste griffe. Il serait difficile de nier cela.

J'ai plus d'une fois été frappé des attestations saugrenues que certains malades obtenaient de la faiblesse ou de la complaisance de leur médecin, lequel affirmait ce qu'évidemment il ne pouvait pas savoir. Ces pièces méprisables ne sont pas faites, on en conviendra, pour relever le crédit d'une liberté professionnelle à tous crins.

Quoi qu'il en soit, c'est un petit coin de la question que nous envisageons, mais qui prouve qu'il y aurait utilité pour le corps médical à posséder un tribunal auquel on évoquerait les affaires litigieuses qui pourraient surgir entre confrères ou qui seraient suscitées au médecin soit de la part des clients, soit de la part des communautés ou des administrations.

Pour vivre, pour être dans des conditions de durée, toute institution a besoin d'approprier son mécanisme et d'accommoder ses allures au goût du milieu où elle fonctionne ; et on serait peu avisé, dans notre monde moderne, de rêver pour la Médecine un retour au prestige et à l'infaillibilité d'autrefois.

Nos actes professionnels doivent pouvoir se discuter. Si nous avons la prétention d'exercer une action légitime dans la Société, c'est à la condition que nous ne pourrons pas nous livrer à l'arbitraire, et que notre indépendance sera assurée.

Assurée ? elle ne saurait l'être, si une autorité sérieuse, ayant qualité pour cela, ne la garantit.

* * *

Pour conclure :

Avant de généraliser en France l'institution des offices sanitaires, il faut :

Que les communes puissent légalement se syndiquer pour contracter et s'entendre au sujet de l'office à créer ;

Qu'ensuite d'une modification à introduire dans la loi sur l'exercice de la pharmacie, chaque commune soit autorisée, en se conformant à des règles spéciales, à tenir un dépôt des médicaments les plus usuels.

Qu'enfin l'exercice de la Médecine soit justiciable de conseils disciplinaires acceptés et reconnus par la loi.

Dr Perron.

toine. Introduisons sous la peau d'une série de cobayes des quantités de liquide toxique débarrassé de microbes, variant de 1/5 de centimètre cube à 2 centimètres cubes, et comparons les effets de ces injections à ceux de l'inoculation d'une culture fraîche de bacilles de Klebs pratiquée sur des cobayes témoins.

« Tous les animaux qui ont reçu le liquide filtré présentent bientôt un œdème au point d'injection, tout comme les témoins en ont un au lieu d'inoculation; ils sont bientôt hérissés et ont la respiration haletante comme ceux qui ont reçu la culture vivante. Ils meurent comme eux sans que pendant tout le temps de l'expérience on puisse saisir une différence dans l'attitude des uns et des autres. Les cobayes auxquels on a donné le plus de liquide toxique meurent en moins de 25 heures, les autres en 48 heures ou en trois jours, selon les doses reçues. Les lésions sont identiques, qu'ils aient succombé à l'injection du poison diphthéritique ou à l'inoculation du bacille de la diphthérie. Même œdème, même tissu induré au point d'injection; seule la fausse membrane manque chez les premiers. Chez tous, même congestion hémorrhagique des organes, surtout des reins et des capsules surrénales; même épanchement dans les plèvres. La maladie, symptômes et lésions, est donnée aussi sûrement par l'injection du poison que par l'inoculation du bacille.

« Pour que les cobayes résistent à ces substances toxiques, il faut les leur injecter à doses très petites. Des cobayes qui avaient reçu sous la peau 1/15 de centimètre cube de liquide filtré eurent de l'œdème et une nécrose assez étendue de la peau.

« Les lapins meurent comme les cobayes à la suite de l'injection sous la peau des produits diphthéritiques solubles. Avec des doses de 4 cc., de 2 cc., et de 1 cc., la mort survint en 48 heures, en 60 et 80 heures, avec de l'œdème au point d'injection, de la dilatation des vaisseaux, des hémorrhagies, et un état jaune du foie attestant la dégénérescence graisseuse rapide. Les pigeons succombent après l'introduction de moins de un centimètre cube dans le muscle pectoral.

« Il suffit d'introduire trois à quatre gouttes du même liquide sous la peau pour tuer en quelques heures les petits oiseaux, qui de tous les animaux, sont les plus sensibles à l'action du microbe de la diphthérie.

« Quant aux animaux, comme les souris et les rats, qui ne deviennent pas malades, quand on leur inocule sous la peau de grandes quantités de bacilles de Klebs, ils montrent aussi une remarquable résistance vis-à-vis du poison diphthéritique.

« L'injection aux animaux de doses variables du poison soluble de la diphthérie, nous a montré les diverses formes de l'intoxication diphthéritique, depuis celles qui amènent la mort en quelques heures jusqu'à celles qui, au bout d'un temps plus ou moins long, se traduisent par des paralysies mortelles ou susceptibles de guérison. Ces manifestations tardives sont très intéressantes, et, si quelque jour on est conduit à un emploi des matières solubles élaborées par les microbes dans un but prophylactique, il ne faudra pas perdre de vue cette possibilité d'une action dont les effets ne se verront que plus tard. Pour l'emploi de ces substances, il ne sera pas suffisant d'établir quelle est la tolérance immédiate du sujet auquel on les administre, mais il faudra aussi songer aux effets à longue échéance. L'innocuité de la vaccination chimique devra être prouvée dans chaque cas, avec autant de précision que la vaccination par les virus vivants. Les essais faits par M. Roux semblent montrer que même après un temps très long, les produits solubles du charbon, de la septicémie et du charbon symptomatique ne causent aucune affection aux animaux qui les ont reçus. Il n'en est pas ainsi pour la diphthérie et la maladie causée par le bacille pyocyanique. L'avenir nous montrera sans doute que nombre d'affections organiques dont nous ne voyons pas clairement la cause sont dues à des actions tardives de ce genre. Beaucoup de néphrites ou de maladies nerveuses dont on ignore l'origine ou que l'on rapporte à des causes banales, sont peut-être la suite d'une infection microbienne qui a passé inaperçue.

« Quelle est la nature du poison diphthéritique ? Est-ce un alcaloïde ou une diastase ? Nous sommes encore trop peu avancés pour répondre à cette question, nous nous contenterons de rapporter quelques faits qui tendent à l'éclaircir. L'activité de la matière toxique est très diminuée par la chaleur. Un liquide, dont 2 cc. injectés sous la peau tuent un lapin, ne cause plus aucun mal, même injecté dans les veines à la dose de 35 cc. s'il a été chauffé préalablement à 100° pendant 10 minutes. Et cependant l'injection intra-veineuse est un mode d'intoxication plus meurtrier que l'injection sous la peau. Après un chauffage de deux heures, en tube clos, à la température de 58°, un liquide de culture filtré tuait avec un long retard un cobaye auquel on en injectait un centimètre cube. Après deux heures de chauffe, il causait, à la même dose, un peu d'œdème au point d'injection sans amener la mort. Le même liquide non chauffé tuait les cobayes à la dose de 1/5 de centimètre cube. Conservé à l'air, le poison diphthéritique paraît perdre assez vite ses propriétés toxiques, il les garde plus longtemps au contraire s'il est placé dans des tubes clos à l'abri de l'air et de la lumière. La filtration sur porcelaine est le procédé qui permet le mieux de séparer le liquide de culture du bacille et qui altère le moins ses propriétés toxiques. Bien que nous n'ayons pas isolé la substance active des cultures de diphthérie, il nous semble que la manière dont elle se comporte à la chaleur et à l'air nous paraît la rapprocher des diastases.

« Est-il possible d'accoutumer les animaux au poison diphthéritique et de produire chez eux, par ce moyen, l'immunité contre la diphthérie ? Nous croyons qu'on peut déjà se faire une idée assez juste de ce qu'il serait possible de faire pour diminuer le nombre des cas de diphthérie. Toutes les expériences sur les animaux tendent à prouver que le microbe de la diphthérie ne se développe que sur une muqueuse déjà malade ; il est probable que le plus souvent il en est ainsi chez l'homme. Aussi voit-on que la diphthérie est surtout fréquente à la suite de la rougeole et de la scarlatine. On ne doit donc jamais négliger l'angine de ces deux maladies ; il faut pratiquer fréquemment des lavages phéniqués de la bouche et du pharynx chez les enfants atteints de rougeole et de scarlatine, puisque l'acide phénique paraît être l'antiseptique le plus efficace même dans le cas de diphthérie confirmée. Cette précaution devrait être suivie systématiquement, surtout dans

les hôpitaux d'enfants, où l'on voit si souvent la rougeole et la scarlatine se compliquer de diphthérie. Les angines les plus simples chez les enfants exigent les mêmes attentions. M. Lœffler a observé le bacille de la diphthérie dans la bouche d'un enfant qui n'avait pas cette maladie. Peut-être ce bacille reste-t-il inoffensif tant que la muqueuse conserve son revêtement épithélial, pour reprendre tout à coup sa virulence et sécréter son poison quand l'organisme s'y prête. »

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. *Du diagnostic de l'époque de l'accouchement.* — II. *Adipose et puerpéralité.* — III. *De la mort subite puerpérale.* — IV. *Tamponnement intra-utérin.* — V. *De la syphilis par conception.*

L'obstétrique ne chôme guère : c'est avec un véritable profit que nous venons de lire les trois gros volumes (1) récemment publiéspar notre maître M. Auvard, et qui représentent un labeur considérable. L'auteur y a réuni ses travaux antérieurs parus isolément çà et là, dans différents recueils, en particulier dans les *Archives de Tocologie* ; il y a ajouté un certain nombre de mémoires nouveaux : les uns traitent de questions théoriques telles que le *mécanisme de la sortie des épaules* (*tête première*), *l'extraction de la tête fœtale* ; *les présentations du front et de l'abdomen*, *l'obliquité latérale de l'utérus gravide*, etc. ; les autres se rattachent plus directement à la clinique.

Nous pensons être agréables et utiles à nos lecteurs en leur résumant quelques-uns des chapitres qui présentent un intérêt pratique tout particulier.

I. Diagnostic de l'époque de l'accouchement.

Parmi les diverses questions ayant trait à la grossesse, il n'en est guère de plus épineuse et de plus difficile que la détermination de l'époque probable de l'accouchement. Pour se prononcer sur cette délicate question, il y a deux points presque impossibles à déterminer : 1° celui du *début* de la grossesse, c'est-à-dire de la conception ou de la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule ; 2° celui de la *durée* de la grossesse, c'est-à-dire du temps qui s'écoule normalement entre la conception et l'accouchement. On admet généralement comme chiffre approximatif de la durée de la grossesse normale 9 mois solaires ou 275 jours, moyenne de 270 à 280 jours, 9 mois moins 5 jours,ou 9 mois plus cinq jours.

S'il n'est donc pas possible de préciser scientifiquement le terme de la grossesse, on peut le faire cependant avec une précision suffisante pour la pratique, en se basant sur les points de repère suivant :

1° Signes fournis par l'interrogatoire :

a) *Signes du début* : 1° dernière menstruation ; 2° coït unique ; 3° apparition des phénomènes sympathiques ; — b) *Signes du milieu* : premiers mouvements du fœtus ; — c) *Signes de la fin* : phénomène d'abaissement.

2° Signes fournis par l'examen direct :

1° volume de l'utérus et du fœtus.

2° engagement de la partie fœtale.

3° modifications du col.

Parmi ces différents signes, il en est *quatre* sur lesquels M. Auvard a fait porter des recherches dont il nous donne le résultat. Ce sont :

1° l'époque de la dernière menstruation ;

2° le coït unique au début de la gestation;

3° les premiers mouvements du fœtus ;

4° les phénomènes d'abaissement.

L'accouchement a le plus souvent lieu pendant les 7 jours (275 à 282) qui suivent les 9 mois comptés à partir de la fin des dernières règles. En tenant compte de cette durée moyenne et du fait que la femme accepte bien plus volontiers une légère avance sur la date prévue de l'accouchement qu'un retard qui l'inquiète toujours, la meilleure manière pratique de calculer l'époque approximative de l'accouchement, en se basant sur l'époque des dernières règles, est la suivante :

Prendre le jour terminal des dernières règles, compter neuf mois à partir de ce moment, ou trois mois à rebours et ajouter dix jours tout en prévenant de l'avance ou du retard possibles, qui peuvent être de 5, 10, 15 jours et même davantage. Il faut ajouter que la durée de la grossesse n'est influencée ni par la durée de la période menstruelle, ni par le nombre des grossesses.

Chez la plupart des animaux la gestation est en général le résultat d'une union sexuelle unique, ce qui permet d'être renseigné assez exactement sur le début vraisemblable de la grossesse. La femme, à cet égard diffère considérablement des animaux ; chez elle, il est exceptionnel de voir la grossesse n'être précédée que par un seul coït. Cependant, quand on peut se baser sur ce point de repère pour diagnostiquer l'époque de l'accouchement, il suffit de compter 9 mois à partir de cette date, en sachant que le minimum peut être 242 jours (Engelmann) et le maximum 317 jours (Rossie).

Les premiers mouvements fœtaux perçus par la mère ne fournissent qu'un point de repère très vague pour la détermination de l'époque probable de l'accouchement. Dans les cas où la femme précise la date des premiers mouvements fœtaux, l'accouchement a le plus souvent lieu quatre mois et demi après, avec un écart possible d'un mois en deçà ou en delà, quelquefois même davantage.

Dans plus de la moitié des cas, l'abaissement de l'utérus semble nul ou ne peut être déterminé d'après les renseignements fournis par la femme. Dans un tiers des cas environ, il se produit, pendant les 15 jours qui précèdent l'accouchement, le plus souvent 8 ou 15 jours avant. Dans quelques cas, l'abaissement a lieu de 15 jours à 2 mois avant le travail. Les phénomènes d'abaissement, accusés par la multipare, peuvent, quand ils existent, faire supposer que la grossesse est arrivée à la dernière quinzaine de son cours ; mais ce n'est là qu'une simple probabilité.

II. Adipose et puerpéralité.

Quelles sont les influences réciproques de ces deux états ? Quelle est l'influence de la puerpéralité sur la nutrition en général et l'obésité en particulier ? La *gestation* est une cause de ralentissement pour les quatre stades de la nutrition : *absorption, assimilation, désassimilation, élimination* ; elle expose à l'apparition de toutes les maladies qui peuvent résulter de ces troubles, c'est-à-dire vomissements, anémie globulaire, anémie perni-

(1) Travaux d'obstétrique par le Dr Auvard, 3 vol. Paris, 1889. Lecrosnier et Babé, éditeurs.

cieuse progressive, lithiase biliaire, rhumatisme, ostéomalacie, diabète, albuminurie et éclampsie.

La *régression simple* semble, au contraire, activer tous les stades de la nutrition : elle agit en sens contraire de la gestation et ramène l'organisme à son état normal.

L'allaitement, tout en laissant le processus local de la régression s'effectuer normalement, modifie les conditions de la nutrition. Sous son influence, l'absorption et l'élimination paraissent *activées*, et au contraire l'assimilation et la désassimilation retardées.

Quant à l'*obésité*, elle trouve une cause productive certaine et puissante dans la grossesse ; la lactation paraît agir dans le même sens ; la régression simple sans allaitement tendrait au contraire à l'atténuer.

Quelle est l'influence de l'obésité sur la puerpéralité ? M. Auvard divise à ce point de vue les femmes obèses en deux catégories absolument distinctes : 1° les *obèses intègres*, chez lesquelles la composition du sang est normale et les viscères respectés par l'envahissement ou la dégénérescence graisseuse ; 2° les *obèses déchues*, chez lesquelles le sang est appauvri (anémie) et les viscères plus ou moins atteints par l'adiposité. Chez ces dernières, la menstruation, la conception, la gestation, l'accouchement, la régression (?) et la lactation sont profondément troublées; toutes les manifestations de la fonction génitale sont plus ou moins empêchées et éteintes.

Chez les obèses *intègres*, au contraire, le fonctionnement génital reste à peu près normal ; l'accouchement seul est sérieusement entravé quand le développement du tissu graisseux est assez accentué. Pour remédier aux désordres que l'obésité apporte dans les fonctions génitales et dans la puerpéralité en particulier, il faut la combattre par les moyens appropriés.

III. De la mort subite puerpérale.

Parmi les différentes causes de mort subite, les plus fréquentes sont les suivantes : *a*) embolie pulmonaire ; *b*) entrée de l'air dans les veines ; *c*) syncope ; *d*) choc ; *e*) hémorrhagies ; *f*) maladies diverses. De toute cette série de causes, les trois premières seules produisent, à proprement parler, la mort subite, imprévue, qui frappe la femme dans un état de santé bon en apparence ; dans les autres cas, l'accoucheur est toujours plus ou moins prévenu d'une terminaison fatale possible. Etudions les unes après les autres les causes de mort subite.

a) *Embolie pulmonaire.*— La mort est alors due à la pénétration dans le cœur droit et à l'arrêt dans le tronc de l'artère pulmonaire ou de ses branches, d'un caillot migrateur provenant d'une veine périphérique. Pour qu'il y ait embolie pulmonaire, il faut donc : 1° qu'il y ait coagulation du sang dans une veine ; 2° que le caillot se détache et soit entraîné par le courant sanguin jusqu'au cœur droit. Les accidents diffèrent suivant que le caillot est plus ou moins volumineux ; le lien commun entre ces accidents, c'est leur gravité et la soudaineté de leur apparition dans un état de santé relativement excellent. Quand la mort subite survient, il s'agit généralement d'une femme qui se lève pour la première fois après ses couches, ou qui s'assied sur son lit pour changer de linge, pour prendre son repas ; aussitôt elle pousse un cri, une plainte, souvent à peine a-t-elle le temps de s'écrier : « J'étouffe, je meurs », la tête et le tronc se renversent en arrière : la femme a cessé de vivre. Quelquefois la mort est moins rapide, mais non moins terrifiante. Le diagnostic est assez facile pour les raisons suivantes : soudaineté des accidents, cause de leur production (mouvement de s'asseoir ou de se lever), phlegmatia antérieure, dyspnée, suffocation immédiate, faiblesse du pouls, refroidissement des extrémités.

Le traitement ne peut enrayer les accidents ; mais il faut s'opposer à la production de l'embolie en traitant la cause, c'est-à-dire la phlébite, et en exigeant à la suite de cette maladie une longue période de repos.

b) *Entrée de l'air dans les veines.*— On admet aujourd'hui la possibilité de l'introduction de l'air dans les veines par les sinus utérins et l'existence de la mort subite par ce mécanisme. L'intensité des symptômes dépend de la quantité d'air qui a été introduite dans la circulation pulmonaire. Ces symptômes ressemblent d'ailleurs beaucoup à ceux de l'embolie pulmonaire : même soudaineté des accidents, même dyspnée, même suffocation, même soif d'air, même anxiété. Les dissemblances portent : 1° sur le moment d'apparition des accidents qui surviennent pendant ou peu après l'accouchement dans les cas d'entrée de l'air dans les veines ; 2° sur l'existence de convulsions qui manquent dans l'embolie pulmonaire ; 3° sur l'auscultation qui fait entendre au niveau de la région précordiale un bruit particulier, un bruit de battage.

Quand la mort n'est pas instantanée, il faut agir comme si l'embolie aérienne ne devait pas être mortelle et pratiquer la respiration artificielle. La prophylaxie de ces graves accidents est très importante : faire garder à la femme le repos absolu après l'accouchement, lui défendre de s'asseoir et surtout de se lever ; la faire coucher sur le dos ; ne rien faire pour que l'expulsion du placenta soit très rapide. De plus, quand on fait une injection vaginale ou une injection intra-utérine, il faut prendre garde de ne pas injecter de l'air en même temps que le liquide.

c) *Syncope.*— Les cas, décrits sous ce titre étiologique, ne sont souvent que des faits où on ignore le pourquoi de la mort : l'autopsie est négative, on ne trouve pas de cause suffisante pour expliquer la mort des femmes en couches et on se range, comme pis-aller, au diagnostic syncope.

Cet accident peut survenir à la suite d'hémorrhagies très abondantes ou répétées, à la suite de l'évacuation trop rapide du contenu utérin (hydropisie de l'amnios, grossesse multiple), ou bien à la suite d'une forte émotion morale. Aussi ne faut-il pas changer de position la femme très anémiée qui vient d'accoucher : l'usage du lit de misère doit donc être proscrit.

d) *Choc.*— Les cas de mort rapide par choc surviennent pendant le travail ou peu après l'accouchement : la symptomatologie est plus ou moins analogue à celle du choc consécutif aux grandes opérations et aux grands traumatismes. Il s'agit presque toujours de femmes épuisées par un long travail, par des douleurs vives et prolongées. La rupture de l'utérus, l'inversion utérine totale peuvent encore produire ces phénomènes mortels de choc.

e) *Hémorrhagies.*— En dehors des hémorrhagies graves de la grossesse, comme celles qu'amène l'insertion vicieuse du placenta ou la rupture d'une

varice génitale, et qui peuvent être causes de mort rapide, on peut citer trois variétés d'hémorrhagies qui, après l'accouchement, sont susceptibles de produire une mort subite ou plutôt prompte. Ce sont :

1° L'hémorrhagie foudroyante causée par l'inertie utérine ; 2° l'hémorrhagie latente ou interne qui se fait dans l'intérieur de l'utérus relâché ou dans le péritoine à travers une solution de continuité du muscle utérin ; 3° l'hémorrhagie silencieuse dans laquelle le sang s'accumule dans le vagin et ne s'écoule que peu à peu au dehors.

f) *Maladies diverses.* — Par ordre de fréquence, les affections cardiaques qui peuvent produire la mort pendant l'état puerpéral sont : le rétrécissement mitral, les lésions mitrales complexes, l'insuffisance aortique, l'insuffisance mitrale, la péricardite, la rupture du cœur. — Souvent la mort ne survient pas seulement par syncope, mais encore à la suite de complications pulmonaires ou pleurales, telles que congestion pulmonaire double, œdème pulmonaire, doubles épanchements pleuraux.

A côté des affections cardiaques et pulmonaires, il faut citer la mort subite par rupture des anévrysmes thoraciques, rupture de l'aorte, hémorrhagie cérébrale, hémorrhagie méningée.

IV. Tamponnement intra-utérin.

Ce procédé, pour combattre les hémorrhagies graves ayant résisté aux moyens ordinaires, a été employé pour la première fois par Leroux ; mais la méthode ne date réellement que des travaux récents de Durhssen, Auvard, Fraipont (de Liège).

Pour pratiquer ce tamponnement, il faut deux pinces à griffe, une longue pince à pansement, et des bandes de gaze iodoformée à 50 %, mesurant près de 5 mètres et de 10 à 12 cent. de large. Une seule suffit d'habitude pour tamponner l'utérus et même le vagin ; mais il est bon d'en avoir deux à sa disposition.

Le manuel opératoire diffère, suivant qu'il s'agit d'une hémorrhagie grave ou de moyenne intensité. En cas d'hémorrhagie grave, la main ayant été introduite dans la cavité utérine on fait, sans retirer la main et tout en tenant l'utérus, placer la femme dans la position obstétricale en travers du lit. Abandonnant le fond de l'utérus qu'on confie à un aide, et après avoir vidé la cavité utérine de son contenu, on glisse, avec une pince, l'extrémité de la bande iodoformée jusque dans l'utérus ; la main qui s'y trouve saisit la bande et la porte jusqu'au fond ; une nouvelle partie de la bande est introduite de la même façon, puis également portée au fond de l'utérus : par une série de mouvements semblables on comble tout l'espace libre. Après la cavité du corps, on remplit celle beaucoup moins spacieuse du col, en dernier lieu le vagin. On laisse pendre à l'orifice vulvaire un bout de 10 centimètres. Un tampon de ouate antiseptique est placé sur la vulve et maintenu à l'aide d'une serviette solidement fixée en arrière et en avant à une bande, ou a un bandage de corps comprimant assez énergiquement tout l'abdomen.

Si l'hémorrhagie n'est que de moyenne intensité et que l'on juge nécessaire de pratiquer le tamponnement intra-utérin, on procède de la façon suivante : la femme est placée dans la position obstétricale, un aide tient chacune des cuisses, un autre aide pratique l'anesthésie chloroformique lorsqu'elle est nécessaire. Après nettoyage antiseptique de la vulve et du vagin et après avoir pratiqué le cathétérisme vésical, on saisit avec des pinces à griffes les lèvres antérieure et postérieure du col qui est amené ainsi à la vulve ; on inspecte alors le col pour s'assurer qu'il n'est pas la source d'une hémorrhagie artérielle, auquel cas on ferait la ligature. Le col étant maintenu à la vulve, on lave abondamment la cavité utérine de manière à la vider des caillots qu'elle contient.

Quand la cavité utérine est libre, l'opérateur y porte à l'aide d'une pince (Dührsenn) ou à l'aide des doigts (Auvard) l'extrémité de la bande iodoformée ; on ramène la pince ou les doigts et on recommence de même jusqu'à ce que la cavité utérine soit comblée. Avant de détacher les pinces à griffes, la cavité cervicale doit être également remplie. Puis, le col étant libéré, on introduit aussi dans le vagin autant de gaze que possible. L'accoucheur pratique ainsi non seulement un tamponnement utérin, mais un tamponnement utéro-vaginal qui donne une sécurité plus grande ; on laisse le tampon de douze à vingt-quatre heures et l'on est parfois obligé de pratiquer le cathétérisme. L'ablation du tampon est facile et indolore, il suffit de saisir la bande par l'extrémité qui se trouve à l'orifice vulvaire et de la tirer petit à petit au dehors ; à moins d'indications spéciales, on se contente ultérieurement de pratiquer l'antisepsie vulvo-vaginale.

V. De la syphilis par conception

Pour terminer, signalons les intéressantes leçons du Pr Fournier sur cette question : c'est Diday (de Lyon) qui le premier insista sur ce mode spécial de contamination.

Voici comment se présentent habituellement les faits : une jeune fille, pure et saine, épouse un homme ayant eu autrefois la syphilis. Elle devient enceinte, et, bien que le mari n'ait pas présenté, depuis le mariage, la moindre lésion contagieuse, cette femme ne tarde pas à avoir des symptômes manifestes de syphilis (roséole, plaques muqueuses, alopécie, céphalée, etc.).

Dans tous ces cas, qui sont loin d'être exceptionnels, le fœtus naît syphilitique, ou vient avant terme ; c'est lui qui a contagionné sa mère pendant la vie intra-utérine. L'infection s'est faite par l'intermédiaire du placenta.

Ce qu'il y a d'anormal dans cette syphilis de la mère, c'est l'absence de chancre initial : cette syphilis est une syphilis *décapitée*, une syphilis générale d'emblée, sans période primaire ; ce sont d'ailleurs les mêmes caractères qu'on note dans la syphilis congénitale du nouveau-né d'origine maternelle, lorsque l'infection va de la mère au fœtus au lieu d'aller du fœtus à la mère.

Le Pr Fournier réfute une à une toutes les objections qui ont été faites à l'existence de cette variété de syphilis : il en affirme la réalité en s'appuyant sur les preuves cliniques, et sur nos connaissances récentes en bactériologie.

Ainsi donc *une femme saine, concevant un enfant syphilitique d'un homme syphilitique, peut être infectée par son enfant pendant la vie intra-utérine.* Un mari syphilitique peut donc être dangereux pour sa femme de par les enfants qu'il engendre.

Un autre fait non moins important, c'est l'immunité singulière dont jouit une mère qui allaite

son enfant, alors que cet enfant, tenant la syphilis de son père, présente des lésions spécifiques contagieuses, aux lèvres, etc. C'est ce qu'on a appelé improprement la loi de *Colles*, qui en réalité a été trouvée par Baumetz (de Lyon) (1840).

On peut ainsi résumer l'ensemble des faits aujourd'hui acquis sur cette question : une femme d'apparence saine, mère d'un enfant qui a reçu héréditairement la syphilis de son père, n'a rien à redouter de cet enfant comme contamination syphilitique après l'accouchement. Elle n'a rien à en redouter parce qu'elle-même est en puissance de syphilis, conséquemment non susceptible de recevoir la syphilis à nouveau. Elle a été infectée une première fois, pendant la vie intra-utérine : elle ne peut l'être une seconde fois. Nous verrons prochainement les déductions pratiques à tirer de ces faits au point de vue du mariage des syphilitiques.

Dr G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association professionnelle des médecins de la Seine.

Nous avons déjà proposé, à plusieurs reprises, la constitution d'une Société d'intérêts professionnels aux médecins de la Seine. Nous voyions les éléments de cette association tout trouvés, et naturellement désignés, dans les dignitaires des Bureaux des sociétés médicales des arrondissements.

Notre projet a fait son chemin. Nous avons annoncé la tentative d'un *syndicat central*, due à l'initiative de notre distingué confrère le Dr Mangenot, sous l'appellation d'*Association professionnelle des médecins de la Seine*.

Quant à notre proposition première, elle se trouve formulée nettement dans la lettre suivante du Dr Philbert. Nous ferons connaître le résultat de son appel aux présidents des Sociétés médicales des arrondissements de Paris. Celles-ci sont au nombre de dix.

Paris, 31 décembre 1888.

Monsieur et très honoré Confrère,

Vous savez qu'il existe un certain nombre de Sociétés d'arrondissement s'occupant de questions scientifiques et professionnelles.

Celles du VIe et du XIe, dont j'ai l'honneur de faire partie, ont pensé avec moi qu'il y aurait intérêt à les grouper en Conseil général composé de Présidents et Secrétaires généraux.

Lorsqu'une question de déontologie ou d'intérêt professionnel serait soulevée, le Conseil l'examinerait et transmettrait sa décision aux Sociétés adhérentes. On constituerait de cette manière une espèce de Syndicat médical des arrondissements de Paris, qui, dans beaucoup de circonstances, pourrait être très utile.

Je vous ferai remarquer que, par sa composition, le Conseil offrirait toutes les garanties désirables d'honorabilité, les Présidents et les Secrétaires généraux étant élus par leurs Collègues.

Je vous serai obligé de soumettre ce projet à la société dont vous êtes le Président, et je vous prie de me faire connaître l'accueil qui aura été fait à ma proposition. Aussitôt que j'aurai reçu les réponses, nous aurons une réunion dans laquelle nous pourrons étudier en détail cette fondation qui me paraît appelée à rendre des services au corps médical de Paris.

Veuillez agréer, etc.

Dr E. Philbert.
Président de la Société médicale du VIe arrondissement, Vice-Président de la Société médicale du XIe arrondissement.

Le maître responsable des honoraires dus à un médecin par son domestique.

Par jugement en date du 23 octobre 1888, le juge de paix de Châlons-sur-Marne, a condamné un maître à payer au médecin qu'il avait fait appeler près de son domestique les honoraires dus pour les soins donnés, et, en se basant sur la position peu aisée du malade soigné, a fixé lui-même les honoraires. On peut tirer de ce jugement les conclusions suivantes :

Le maître qui a pris l'initiative de l'appel du médecin chez lui auprès de son domestique, peut, selon les circonstances, être considéré comme directement obligé au paiement des honoraires qui seront ultérieurement réclamés.

Spécialement, il devra en être ainsi quand le serviteur soigné sera inconnu du médecin, surtout si, après le traitement, le maître l'a laissé partir ou congédié, à l'insu du docteur, sans le contraindre ou l'inviter à désintéresser celui-ci.

Mais l'obligation de ce maître ne saurait être étendue au delà des limites dans lesquelles serait tenu lui-même celui qui a profité du traitement ; en sorte que le tribunal saisi aurait, suivant une règle constante et conforme à l'équité, à fixer le prix des soins fournis en tenant compte non seulement de la gravité du mal et du résultat obtenu, mais aussi des ressources du domestique. (*Bullet. médical.*)

Société amicale des médecins anglais.

Du dernier compte rendu, en date du 13 janvier 1889, nous extrayons les chiffres suivants, intéressants pour notre question *d'indemnité en cas de maladie*.

Le fonds spécial à l'indemnité de maladie a reçu dans les derniers 6 mois de 1888, 65,824 francs (2,610 liv.) de 932 membres. Les indemnités versées à 67 membres malades, pour 276 semaines et 5 jours (1,937 jours) de maladie, ont été de 23,594 francs (935 liv. 11 sh.).

Nos lecteurs peuvent retenir de cet exposé que chaque malade a reçu, en moyenne, 352 francs pour une durée moyenne de maladie de 28 jours 83, soit 12 fr. 20 par jour de maladie.

La société, pendant ces 6 mois, a donc économisé 42,230 francs. Par conséquent, les 932 membres auraient suffi aux dépenses en versant seulement une moyenne de 26,38 par membre pendant ces 6 mois, soit 52 fr. 76 pendant une année.

Par conséquent, si, comme nous le proposons, l'indemnité de maladie n'avait été délivrée que pendant 4 mois, au taux de 10 francs par jour, tandis que, en Angleterre, on paye, en moyenne, 12 fr. 20 par jour pendant 6 mois d'abord et ensuite moitié pendant le reste de la maladie, la prime à réclamer serait bien inférieure à celle que payent les membres de l'Association amicale anglaise.

Nous préciserons les chiffres dans un travail ultérieur que nous préparons.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des médecins des Vosges.

Réquisitions et honoraires en médecine légale,
Par le Dr Pommageot, de Bains.

Communication faite à l'assemblée du 15 septembre 1888, à Saint-Dié.

QUAND Y A-T-IL OBLIGATION D'OBÉIR A UN RÉQUISITOIRE ?

Tant qu'une nouvelle législation n'interviendra pas, le médecin, sous peine de se voir appliquer les articles 475 et 478 du Code pénal, doit obéissance aux réquisitions qui lui sont adressées :

1° En cas d'accidents graves portant atteinte à la sécurité générale ;

2° En cas d'exécution judiciaire ;

3° En cas de flagrant délit.

Mais qu'est-ce que le flagrant délit ?

Le flagrant délit est défini par l'article 41 du Code d'Instruction Criminelle : le délit qui se commet ou qui vient de se commettre.

Au point de vue juridique, on peut appeler flagrant délit toute infraction aux lois pénales qui est actuellement commise, au moment où son auteur est signalé soit par la clameur publique, soit par la dénonciation d'un chef de maison, soit par cette circonstance que la personne signalée est trouvée sur le lieu où l'infraction a été commise, nantie d'effets, armes, instruments ou papiers faisant présumer sa culpabilité ou sa complicité. (Grillon).

Dans une acception plus spéciale se rapportant mieux à la question qui nous intéresse, il faut que les faits signalés plus hauts et accomplis dans les circonstances indiquées soient de nature à entraîner une peine *afflictive* ou *infamante*, ou bien qu'il s'agisse *d'une mort dont la cause soit suspecte*, ou bien enfin qu'il s'agisse *d'un fait criminel ou délictueux* commis dans *l'intérieur d'une maison*, dont le chef requiert une constatation par la police judiciaire.

Si l'auteur est pris sur le fait, si l'acte qui vient d'être consommé est révélé par des traces fraîches, en quelque sorte vivantes, il n'y a pas de difficulté, pas d'hésitation chez le magistrat. Il en est de même si la clameur publique (qu'il ne faut pas confondre avec la rumeur ou la notoriété publiques) accuse et désigne l'auteur de l'acte incriminé, ou si les armes saisies sur lui, les papiers ou effets trouvés en sa possession dans des circonstances de temps et de lieu concordantes à cet acte, font présumer qu'il en est l'auteur ou le complice.

Le magistrat doit se transporter de suite sur le lieu du crime ou dans la maison qui lui est désignée, et c'est au moment où ce transport devient nécessaire que s'ouvre son droit de réquisition.

Dans tous les autres cas, le médecin peut refuser son concours. Il peut même, sans avoir à motiver son refus, refuser la mission qui lui serait confiée de procéder à des investigations ou d'exprimer un avis sur des questions se rattachant à sa profession. Il reprend sa liberté, que les nécessités du flagrant délit ou les atteintes portées à la sécurité générale avaient momentanément paralysée, et il ne doit compte à personne de son refus ou des motifs de ce refus.

Cependant, si l'opération à faire postérieurement est intimement liée aux premières constatations, si elle en est la conséquence forcée, nécessaire, si les circonstances de fait relevées sur le lieu du crime doivent servir au médecin pour formuler un avis après l'achèvement complet de son travail, le médecin qui a déféré à la réquisition, doit son œuvre complète à la justice, et ne peut se soustraire à l'accomplissement de toutes les opérations destinées à amener la découverte de la vérité.

II

QUI A LE DROIT DE REQUÉRIR ?

La réquisition peut être adressée aux médecins :

1° Par les procureurs de la République, les juges d'instruction, les juges de paix.

2° Par les officiers de gendarmerie. (Les sous-officiers, brigadiers, maréchaux des logis n'ont plus ce droit.)

3° Par les commissaires de police.

4° Par les autorités municipales.

5° Par les préfets.

III

QUI DOIT PAYER LES HONORAIRES DUS AUX MÉDECINS REQUIS ?

1re Observation. A l'appui d'un mémoire, la réquisition écrite est de toute nécessité. Il ne faut donc jamais rien faire sans être muni de cette pièce.

2e Observation. De la rédaction du réquisitoire dépend toujours le mode de paiement des honoraires. Le réquisitoire doit donc bien spécifier le but pour lequel le médecin est appelé.

Le réquisitoire, quelle qu'en soit la provenance, peut se rapporter à deux ordres de faits :

1° Ou bien il s'agit d'un rapport à établir sur un crime supposé, d'une recherche à faire sur les causes de mort, sur l'état morbide d'une personne.

2° Ou bien, toute idée de crime étant de côté, il s'agit de simple constatation de maladie, ou de soins à donner.

Dans le premier cas, le réquisitoire parle de présomption de crime ou demande simplement un avis.

S'il énonce une présomption de crime, alors même que le médecin n'en trouverait pas de trace, le paiement des honoraires est fait par le ministère de la justice. Il en peut être de même si le médecin découvre un crime, alors même que le réquisitoire ne porte pas la mention de présomption criminelle.

Si, au contraire, le réquisitoire ne parle pas de présomption de crime, le médecin qui ne trouve aucune trace criminelle, n'a plus affaire au ministère de la justice, mais bien aux intéressés, et à leur défaut, à la commune de ceux-ci.

Exemple : Le médecin est envoyé par réquisition près d'un pendu, présumé victime d'un crime.

Qu'il y ait crime ou non, le ministère de la justice paiera, puisque le réquisitoire annonce une présomption criminelle.

Si, au contraire, le réquisitoire ordonne simplement au médecin d'aller déterminer la cause et le genre de mort, le ministère de la justice refusera certainement de payer, si le médecin expert n'a pas découvert de crime. Si l'expertise conclut au

suicide ou à un accident, le médecin devra se faire payer par la famille du mort, ou à son défaut, par la commune de celui-ci.

On voit aussitôt à quels ennuis est exposé l'expert dans ce cas. Que peut-il réclamer à une famille qui ne l'a chargé de rien? Que peut-il réclamer à une commune? Pour avoir un mandat, il faut une délibération du conseil municipal; c'est tout dire. D'un autre côté, l'autorité qui a requis s'abrite derrière l'art 81 du Code Civil sur les inhumations, et ne peut être rendue personnellement responsable de son réquisitoire.

Donc, il faut toujours demander, dans ces conjonctures, que le réquisitoire porte sans ambage la mention de présomption criminelle.

Si l'on n'obtempère pas à cette demande, le médecin bien avisé restera tranquillement chez lui.

Les réquisitoires mal formulés nous sont d'ailleurs toujours adressés par des autorités, qui, voulant être à l'abri, ne trouvent rien de mieux à faire que de substituer notre responsabilité à la leur.

En second lieu, les réquisitoires peuvent avoir pour but d'obtenir de simples constatations, de simples soins, abstraction faite de toute idée de crime.

Ainsi, un prisonnier tombe malade dans une chambre de sûreté ou sur une grande route, pendant son transfert à la prison; le médecin est requis, qui doit le payer?

Nous allons entrer dans tous les détails, et indiquer à quelle porte il faut frapper pour tous les cas.

Les réquisitoires donnés doivent toujours indiquer au médecin à quel genre d'individus il a affaire, et le tableau suivant n'a plus qu'à être consulté, pour que toute fausse démarche soit évitée.

Selon les cas, les mémoires seront donc envoyés aux divers ministères ou administrations ci-dessous désignés.

1. — Ministère de la Justice (1).

1 Prévenus ou accusés.
2 Condamnés par contumace.
3 Condamnés par défaut, qui sont dans les délais légaux pour former opposition, c'est-à-dire dans les dix jours.
4 Extradés. (Circulaire du ministre de la Justice du 18 Novembre 1864.)
5 Condamnés allant en appel.
6 Individus condamnés ou non, allant en témoignage ou en instruction.
7 Condamnés dont l'identité n'est pas constatée légalement et doit donner lieu à la procédure spéciale.

2. — Ministère de la Guerre.

1 Militaires dirigés sur les pénitenciers militaires.

3. — Ministère de la Marine.

1 Marins, militaires de la marine ou assimilés, du ressort judiciaire des arrondissements maritimes.
Evadés du bagne et des colonies pénitentiaires de Cayenne, etc.

4. — Ministère des Finances (Receveur des finances).

Individus incarcérés pour recouvrements d'amendes prononcées en matière de délit forestier, de chasse, etc., ou qui ont à subir la contrainte par corps, faute d'avoir acquitté des frais de justice.

5. — Contributions indirectes et Douanes.

1 Fraudeurs en matière de droits de circulation ou d'allumettes chimiques. (Les receveurs des Contributions Indirectes paient très facilement sur présentation des réquisitoires.
2 Contrebandiers (administration des Douanes.)

6.— Budgets départementaux (Préfecture).

1 Mendiants sortant des dépôts de mendicité, qu'ils aient ou non été condamnés.
2 Mendiants renvoyés à leur domicile de secours, ou conduits au dépôt de mendicité.
3 Vagabonds, prostituées reconduits dans leur pays, sans être sous le coup d'une mesure judiciaire.
4 Vagabonds ou prostituées prévenus ou accusés acquittés.
5 Repris de justice ou libérés soumis à la surveillance et changeant de résidence.
6 Aliénés séquestrés provisoirement en attendant leur envoi dans un asile.

7. — Colonie privée d'éducation correctionnelle.

Les frais des détenus évadés sont à la charge des établissements d'éducation correctionnelle d'où l'évasion a eu lieu.

8. — Ministère de l'Intérieur.

1 Condamnés définitivement allant subir leur peine.
2 Condamnés définitivement revenant de témoignage.
3 Condamnés libérés dirigés sur les dépôts de mendicité.
4 Condamnés libérés regagnant leurs foyers.
5 Condamnés libérés rejoignant la résidence qui leur est assignée.
6 Condamnés expulsés sur la frontière.
7 Aliénés non prévenus de crime ou de délit (1).

9.—Ministère des Travaux Publics.

Par suite d'une entente entre les ministères des finances, de la justice et des travaux publics, les frais occasionnés pour délit de pêche sont à la charge de ce dernier ministère. C'est donc aux ingénieurs des Ponts et Chaussées que doivent être remis les mémoires.

Nota. Aux termes des nos 8, 10 et 11 de l'article III du 18 Juin 1811, les frais de transport des déserteurs, des conscrits réfractaires et des condamnés militaires et marins évadés sont à la charge des ministères de la Guerre et de la Marine, chacun en ce qui le concerne.

La translation des condamnés civils évadés a lieu aux frais du ministère de l'Intérieur.

Mais si l'évasion donne lieu à des poursuites correctionnelles contre les individus évadés, ou s'il est nécessaire de faire connaître leur identité, les frais qui en résultent sont à la charge du ministère de la Justice.

(1) Ne pas oublier que par une récente circulaire, la Justice veut que les mémoires lui soient adressés dans le délai de trois mois; autrement il y a prescription.

(1) Pour notre région, les notes ou mémoires destinés à l'intérieur doivent être adressés au Directeur de la 11e Circonscription pénitentiaire à Nancy. Pas moyen d'éviter la filière.

IV

COMMENT FORMULER UN MÉMOIRE, ET A QUEL TAUX DOIT-ON L'ARRÊTER ?

Tous les mémoires doivent être faits en double expédition, dont une sur timbre, quand la somme réclamée est supérieure à dix francs.

Les mémoires adressés à la Justice doivent être faits sur papier imprimé (Radenez), être soumis aux tarifs de 1813, et avoir réquisitoire et exécutoire en règle. Pour cela, les juges de paix se chargent de les adresser à qui de droit.

Quant aux notes dues par les autres ministères ou administrations, le médecin est libre de s'arrêter au chiffre qui lui plaît.

A ce sujet cependant, il serait à désirer que nous obéissions tous à un même tarif établi par les soins du Syndicat.

Et maintenant nos confrères voudront bien nous pardonner ces détails arides, en songeant que nous vivons sous le règne toujours si prospère de la Bureaucratie.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Cachets antiseptiques contre la constipation

(BOUCHARD)

Poudre de belladone.............	1 gr.
Poudre de noix vomique........	1 gr. 50
Naphtol B finement pulvérisé....	15 gr.
Salicylate de bismuth...........	5 gr.

Mêlez et divisez en 30 cachets, dont on prendra un au milieu de chaque repas.

NOUVELLES

BANQUET DE PROMOTION. — Nous avons assisté, jeudi soir, 23, au restaurant Ledoyen, à une fête intime qui a été empreinte de la plus grande cordialité. Notre ami, M. le docteur *Monin*, dont nous avons annoncé la promotion dans la Légion d'honneur, a recueilli, dans cette soirée, de ses très nombreux amis qui lui offraient ce banquet, les témoignages les plus précieux. Ils sont l'expression des sentiments que notre confrère sait inspirer à tous ceux qui l'approchent.

M. *Monin* n'a pas su se conformer au précepte du sage : *petite maison et peu d'amis*. Jeudi il avait *grande maison et beaucoup d'amis* ; cette dérogation au précepte, nous croyons qu'il n'a pas lieu de la regretter.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé mercredi soir 16 janvier 1889, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

A. *Internes titulaires* : 1. Arrou, Cestan, Rénon, Terson, Vercoustre, Pineau, Chavane, Triboulet, Papillon, Nageotte.

11. Rochon-Duvignaud, Gauthier (Jean), Leblond, Goupil, Maurel, Bataille, Cartin, Berdal, Faure-Miller, Sainton.

21. Colbet, Ettlinger, Souplet, Willemin, Appert, Benoit, Bergé, Mlle Wilboutchewitch, Bardol, Soupault.

31. Claisse, Mendel, Lereddc, Jacob, Ehrhart (Pierre-Charles), Lamy, Nicolle, Debayle, Breton Vialet.

41. Basset, Matton, Blaise, Gaston, Renault, Gilis.

B. *Internes provisoires* : Lovy, Camescasse, Delaunay, De la Nièce, Bureau, Bernheim, Dufournier, Legrand, Thiercelin, Gauthier (Charles).

11. Barrié, Bonneau, Rancurel, Sabouraud, Baudron, Cautrut, Vassal, Pompidor, Glover. Dudefoy.

21. Baillet, Guitton, Dupasquier, Bechet, Sorel, Perruchet, Degueret, Souligoux, Michel, Morax.

31. Bouel, Brésard, Piole, Dubrisay, Huguenin, Marx, Veslin, Malapert, Caryaphyllis, Trékaki.

41. Dominguez, Martin-Durr, Saguet, Binaud, Aubert, Auscher, Potier, Laurent-Préfontaine, Ehrhardt (Christian), Mignot.

AU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — Le Comité consultatif d'hygiène de France, attaché au ministère de l'intérieur par décret du 5 janvier, s'est réuni pour la première fois, place Beauveau, sous la présidence de M. Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat.

M. Bourgeois a souhaité au Comité consultatif d'hygiène de France la bienvenue au ministère de l'intérieur.

Il a ajouté que le premier effet du rattachement des services d'hygiène au ministère de l'intérieur sera de pourvoir le comité du laboratoire qui lui manque. Il pense qu'il pourra être installé dans l'Institut créé par M. Pasteur. Ce rapprochement produira les résultats les plus heureux pour la santé publique et facilitera la création et le fonctionnement d'une école où se fera l'éducation professionnelle de nos agents sanitaires.

M. le sous-secrétaire d'Etat a indiqué ensuite quelle sera la tâche du comité. Il aura à rechercher quelles sont les causes permanentes d'insalubrité qui occasionnent les épidémies, et à poursuivre l'enquête commencée par M. Brouardel sur la fièvre typhoïde, sans parler des réformes à inaugurer.

Il a terminé en disant que les mesures ne seront jamais tyranniques ; elles profiteront avant tout aux petits, aux faibles et aux malheureux ; elles répondront enfin aux nécessités du patriotisme, car elles auront pour but et pour effet de conserver et d'accroître ce capital humain dont la moindre parcelle ne peut être perdue sans une atteinte à la sécurité nationale et à la grandeur de la patrie.

M. le sous-secrétaire d'Etat a ensuite donné lecture d'une lettre de M. le ministre de l'Intérieur, priant le Comité de rédiger le plus vite possible des instructions relatives à la prophylaxie des maladies contagieuses et destinées à être envoyées aux administrations locales et agents de l'administration.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. les Drs G. Lepage et J. Potocki recommenceront le lundi 11 février prochain, à 4 heures du soir un cours *Pratique* d'accouchements. Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours dans une des salles de l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles. Il sera complet en 35 leçons et comprendra des exercices sur le mannequin.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr LAMOTTE, à Cherchell, présenté par MM. les docteurs Moreau, d'Alger, et Moret, de Marengo.

M. le Dr FRICHET, à Clermont-Ferrand, présenté par M. le docteur Pradier, de Clermont-Ferrand.

BIBLIOGRAPHIE

DE L'HONNÊTETÉ PROFESSIONNELLE,

par le Dr PERRON.

Prix : 1 *fr*.

En vente aux bureaux du Journal.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3, Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 5 | 2 Février 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive.

Le Dr Motchoukowski (d'Odessa) a fait connaître en 1883 un procédé nouveau, à la fois simple et original, de traitement du tabes que MM. Raymond et Onanoff ont rapporté d'une récente mission en Russie. M. Charcot et son chef de clinique Gilles de la Tourette, viennent de le mettre en œuvre à la Salpêtrière depuis 3 mois et en ont obtenu des résultats assez encourageants pour que M. Charcot ait cru opportun de consacrer à cette nouvelle méthode thérapeutique une de ses leçons cliniques.

Le traitement consiste à suspendre le malade à l'aide de l'appareil employé par Sayre (de New-York) pour placer le corset (qui porte son nom. La durée de chaque séance est progressive, depuis une demi-minute jusqu'à trois, quatre minutes au maximum ; on augmente d'une demi-minute environ à chaque séance. On ne fait de séance que tous les deux jours. Toutes les 15 ou 20 secondes il faut faire soulever les bras du malade pour que la traction s'exerce plus efficacement sur la colonne vertébrale.

Les résultats obtenus sur 14 tabétiques avérés, dont le traitement représente près de 400 séances de suspension, ont été les suivants :

Lorsqu'il existe de l'incoordination motrice, aussitôt après la première séance, le malade sent sa démarche plus facile, plus assurée ; cette amélioration ne dure d'abord que 2 à 3 heures, mais elle devient continue au bout de 8 ou 10 séances. Le signe de Romberg (impossibilité de se tenir debout les yeux fermés) disparaît après 20 à 30 séances.

Puis l'amélioration se fait sentir du côté des troubles vésicaux, l'incontinence disparaît ou s'atténue beaucoup ; la miction se fait plus facilement.

Les douleurs fulgurantes reviennent plus rarement avec une moindre intensité.

L'impuissance génitale, si fréquente dans le tabes, fait place aux désirs sexuels et aux érections ; ce qui n'a pas lieu de surprendre, puisque M. Onanoff a constaté que des individus sains s'étant soumis à la suspension ont senti leur virilité s'accroître.

On a noté encore la disparition de l'engourdissement et de l'anesthésie des pieds.

Les deux seuls symptômes que n'ait jamais modifiés la suspension chez les malades de M. Charcot, c'est l'abolition des réflexes rotuliens et les signes pupillaires.

M. L. Blocq a constaté, en dehors du tabes, l'amélioration d'un cas de maladie de Friedreich et on cite encore deux cas d'impuissance par neurasthénie dans lesquels la suspension a réveillé les fonctions sexuelles.

Enfin, tout en faisant les réserves que comporte la date récente des tentatives faites, on doit conclure avec M. Gilles de la Tourette que dans tous les cas le traitement peut être institué avec confiance, car il a paru toujours, lorsqu'il est convenablement appliqué, être totalement inoffensif.

Emploi du chloroforme comme moyen de diagnostic de la teigne tondante.

M. L. Wickham, interne à l'hôpital Saint-Louis, qui a étudié pendant un voyage en Angleterre les nouveautés dermatologiques chez nos voisins, nous dit que le Dr Jamieson, d'Edimbourg, emploie le chloroforme comme réactif teignant en blanc les cheveux trichophytiques et décelant aisément leur présence. Ce procédé, proposé d'abord par Dyce Duckworth et Behrend, serait bien précieux s'il était certain. M. Wickham, l'ayant essayé sur des plaques de teigne en pleine évolution, a pu constater que presque tous les cheveux malades de-

viennent d'une blancheur caractéristique ; quelques-uns reconnus trichophytiques ont résisté à la réaction. Si ce procédé est donc bon comme moyen de diagnostic rapide, il n'est pas infaillible et ne saurait être accepté comme critérium de la guérison.

Traitement du zona.

Le même Dr Jamieson traite l'herpès zoster : 1° par l'application locale protectrice de collodion élastique ; 2° par l'administration de la teinture suivante :

Teinture de noix vomique. }
Teinture de gelsemium... } āā X gouttes.

Lorsque, après la guérison, des douleurs persistent, on fait des lotions avec :

Menthol............ 4 grammes.
Alcool............. 192 grammes.

Si, malgré ces lotions, les douleurs persistent, elles cèdent à l'emploi de courants continus, un pôle étant placé sur le rachis, l'autre au niveau des points douloureux.

Les médicaments cardiaques.

M. G. Sée a lu dans les deux dernières séances de l'Académie l'exposé de ses opinions actuelles sur la valeur et les indications des divers médicaments applicables au traitement des maladies du cœur. Ses conclusions sont les suivantes :

1° Pour remplir les indications thérapeutiques voici quels sont les principes essentiels : les alcaloïdes et les glycosides ont une supériorité incontestable sur les plantes, la quinine sur le quinquina, la morphine sur l'opium, l'atropine sur les belladonées, la digitaline définie sur toutes les préparations de digitale, la strophantine sur le strophantus, j'ajoute l'oléandrine, espèce de digitaléine, et la nérine, sorte de digitaline bien étudiée depuis vingt ans, et contenue dans le laurier-rose que Dujardin-Beaumetz vient de révéler au monde pharmaceutique. Dans tous ces cas, on peut se passer de la plante qui est un mélange informe et dangereusement variable ; jamais on ne saurait se passer du principe essentiel, qui est fixe et chimiquement défini, si on veut formuler avec précision ; le choix entre les deux ne saurait être douteux.

2° Avant d'apprécier la valeur curative des médicaments, il importe de savoir qu'il est des maladies cardiaques en grand nombre qui peuvent se passer pendant de longues années, et jusqu'à un quart de siècle de l'intervention, sinon du médecin, du moins des drogues. Sous ce rapport, j'établis une série clinique qui se dessine d'abord par une grande stabilité, sans arriver jamais à une guérison absolue ; elle commence par l'*insuffisance aortique* qui, tout en étant de la dernière évidence, peut rester stationnaire et bénigne, sans trouble fonctionnel, du moins chez les jeunes gens. Ensuite vient, surtout chez les jeunes filles chlorotiques et chez les femmes, le *rétrécissement mitral*, qui laisse la santé de la malade à peu près à l'état indemne, et qui peut même guérir, tandis qu'à un âge plus avancé et chez l'homme, le *rétrécissement mitral* présente bien plus de gravité. Toutefois, elle n'atteint jamais celle de l'insuffisance mitrale qui ne reste jamais au même point, qui progresse sans cesse, quoiqu'on ait parlé en Angleterre de sa curabilité. J'aime mieux croire à l'arrêt prolongé ou même à la régression des *dégénérations* graisseuses ou fibreuses du muscle du cœur. Mais le danger s'aggrave singulièrement, quoique d'une manière lente, lorsqu'il s'agit d'*hypertrophies cardiaques* nées sous l'influence de la fâcheuse induration ou *sclérose des artères du corps.*

La situation est plus menaçante encore quand cette sclérose atteint les artères nourricières ou coronaires du cœur. L'artérite coronaire est funeste de deux façons ; elle produit dans le tissu musculaire du cœur une transformation fibreuse ou une infiltration graisseuse ; cela est irrémédiable. Ou bien elle provoque par l'oblitération des artères coronaires des accès d'angine de poitrine dont on connaît la gravité, ou du moins la curabilité restreinte.

3° En présence de ces divergences dans la marche, dans le pronostic des divers types cardiaques, il n'est pas étonnant que certains médicaments réussissent. Quand on attribue une amélioration au strophantus dans les insuffisances aortiques, on se demande quel est le genre de bienfait obtenu ? Si le cœur a fléchi et dévié de sa force compensatrice, c'est la spartéine ou la strophantine qu'il faut ; s'il y a de l'oppression, ce qui est le premier signe de la perte de l'équilibre circulatoire, je préfère de beaucoup l'iodure de potassium. De même dans le rétrécissement mitral chez les jeunes femmes, il n'y a rien à faire, ou il faut de l'iodure s'il y a dyspnée, de la digitale ou de la caféine s'il y a hydropisie. S'agit-il d'une insuffisance des valvules mitrales ou d'une impotence du muscle cardiaque, arrivées l'une ou l'autre à la *période troublée* appelée à tort asystolie, comme c'est là que le strophantus réclame une supériorité sur tous les autres médicaments, par suite surtout de la propriété diurétique, je n'abdique pas devant ce pouvoir surfait, car il ne sait ni régulariser ni ralentir le pouls, comme le font la digitale et l'iodure ; il ne peut pas rétablir le calme de la respiration, comme le fait encore l'iodure aidé des injections d'antipyrine ; il n'arrive pas à dissiper l'hydropisie, même quand il fait uriner, et cela parce que l'urination obtenue ne dépasse pas ordinairement un certain chiffre (2,000 à 2,500), tandis que les véritables diurétiques, comme le lait, le benzoate de caféine, la digitaline et le calomel, tous plus énergiques, plus sûrs et plus prompts, réalisent une diurèse considérable, la seule capable de conjurer le danger qui est menaçant.

Il n'arrive que rarement qu'on ne puisse pas, en maniant tour à tour ces divers moyens curatifs, parvenir à arrêter cette phase troublée, à réintégrer les rapports du centre circulatoire avec la circulation périphérique, au moins pour un certain temps ; le trouble peut renaître, et, dans ce cas, comme dans l'intervalle des attaques d'asystolie, il est bon d'ajouter au traitement d'urgence la médication iodurée. Si nous parvenons à retrouver le calme dans les insuffisances mitrales, et surtout dans les transformations graisseuses ou même fibreuses du cœur, ou bien encore dans les cœurs surmenés ou forcés, il faut recourir à nouveau à la strophantine ou à la spartéine ou à la convalla-marine qu'on peut alterner et continuer sans aucun inconvénient d'une manière incessante et prolongée ; ici encore le strophantus a été trouvé constamment inefficace. Il n'est pas et ne saurait être question du strophantus dans les

affections cardiaques et dans les hypertrophies gauches provoquées par l'induration et la perte de l'élasticité des parois des artères ; s'il existe un moyen de pourvoir à la nutrition du muscle du cœur, et d'empêcher l'hypertrophie de dégénérer ou de se transformer en une dilatation avec amincissement et affaiblissement du myocarde, c'est encore l'iodure, avec ou sans l'addition des toniques du cœur, qui sont fort peu utiles en pareille occurrence ; il en est de même dans les altérations cardiaques provenant des artères coronaires ou angines de poitrine ; là je réprouve formellement la strophantine et le strophantus, et je prescris avec les iodures qui maintiennent la nutrition du muscle cardiaque, la pyridine en inhalations et l'antipyrine injectée sous la peau, qui est le médicament le moins offensif, surtout le plus calmant pour les douleurs cardiaques et qu'on doit prescrire malgré sa propriété de diminuer les urines, car, dans les angines de poitrine, il est inutile de provoquer l'urination, et il est urgent de calmer les douleurs angoissantes si souvent mortelles.

4° Le strophantus n'a pas d'avantage réel sur la strophantine. Il présente des variations énormes, quant à son pouvoir physiologique d'ailleurs mal déterminé ; il varie certainement dans sa teneur en strophantine, qui est le seul principe actif ; aussi doit-on prescrire le glycoside à la dose de 1 à 2 cinquièmes de milligramme ? Aujourd'hui que ce glycoside est défini chimiquement, on sait exactement ce qu'on fait et ce qu'on ordonne et si on veut y ajouter un des diurétiques indiqués tels que la digitaline, la caféine ou mieux la théobromine (alcaloïde du chocolat), on arrivera à des résultats infiniment supérieurs à ceux de toute autre médication.

Ce sera, du reste, l'honneur de la médecine moderne et de la chimie biologique de substituer, selon la grande idée de Cl. Bernard, partout et toujours, aux plantes des sauvages et aux médicaments empiriques en général, les principes chimiques rigoureusement déterminés.

MÉDECINE PRATIQUE

Insuffisance hépatique et ictères aggravés.

I

Les fonctions du foie et la pathogénie des ictères.

« Il en est de l'ictère comme de la pleurésie, on ne sait jamais comment ils se terminent, » a dit Trousseau. L'ictère catarrhal le plus bénin en apparence, peut dégénérer en un ictère aggravé, ictère grave secondaire auquel le malade succombera. Il se peut que dans quelques cas cette issue imprévue se produise sans que le médecin ait rien à se reprocher ; mais maintenant que nous connaissons à peu près complètement la pathogénie des ictères aggravés, il est permis de penser que plus d'une fois la mauvaise tournure que prennent les évènements est imputable à quelque erreur thérapeutique. La formule pronostique de Trousseau n'est donc pas rigoureusement vraie ; car, si un ictère, qui débutait simplement, s'aggrave, c'est pour l'une des deux raisons suivantes : ou parce que le terrain sur lequel a évolué la maladie dont l'ictère est un signe était foncièrement mauvais, miné sourdement par des états pathologiques antérieurs, ce que l'examen attentif des divers organes et la connaissance des antécédents du malade permet le plus souvent d'apprécier, — ou parce que le médecin, mal informé de la nature des dangers que tout ictère fait courir, n'a pas dirigé la thérapeutique dans la seule voie qui puisse conduire au salut.

De sorte qu'en définitive l'apparition d'un ictère aggravé suppose une erreur de pronostic par suite d'un examen incomplet du malade ou une erreur de thérapeutique inexplicable dans l'état actuel de nos connaissances. Aujourd'hui la thérapeutique de l'ictère est aussi nettement indiquée que celle de l'albuminurie, et aux accidents d'ictère aggravé, qu'on a justement appelés insuffisance hépatique, nous avons le devoir d'opposer un traitement étiologique aussi logique, souvent aussi victorieux que celui qui triomphe de l'urémie ou insuffisance rénale. D'ailleurs, ces deux états pathologiques ont des liens fort étroits, et le second est souvent l'aboutissant du premier. Seulement le traitement de l'urémie est depuis plus longtemps vulgarisé, quoique bon nombre de médecins ne l'appliquent pas encore avec une rigueur suffisante, tandis que le traitement pathogénique de l'ictère n'est pas encore entré dans la pratique courante.

Pour apprécier convenablement les indications thérapeutiques qui découlent de l'existence d'un ictère quelque peu durable, il faut bien connaître la multiplicité des fonctions dévolues au foie, c'est-à-dire à la cellule hépatique, fonctions aussi capitales que nombreuses dont plusieurs, et non des moindres, ne sont mises hors de contestation, que depuis peu d'années.

Avec les matières sucrées qui, puisées dans l'intestin pendant la digestion, lui sont apportées par la veine porte, et même en dehors de toute alimentation féculente ou sucrée, la cellule hépatique fabrique la matière glycogène et l'emmagasine pour la transformer en glycose destinée à être livrée à la circulation générale au fur et à mesure des besoins de l'organisme pour sa nutrition et sa chaleur.

La cellule hépatique prépare l'assimilation en transformant des peptones puisées dans le tube digestif en albumine circulante, directement assimilable par les tissus.

Elle prend la part la plus active dans la transformation des matériaux issus de la désassimilation en urée. Les sels ammoniacaux à acide organique ou carbonique subissent en passant par le foie la série des transformations et oxydations de plus en plus parfaites, qui aboutit à l'urée en passant par la leucine, la tyrosine, la xanthine, l'acide urique. Cette fonction de l'uropoïèse a pour double résultat : 1° de rendre ces matériaux de désassimilation beaucoup moins toxiques ; car une même quantité d'azote est moins toxique à l'état d'urée qu'à l'état d'ammoniaque; 2° de transformer certaines matières albuminoïdes de désassimilation colloïdes, non dialysables, en matières cristalloïdes, capables de dyaliser au travers de la barrière rénale.

La cellule hépatique fabrique la bile. Or la bile est une substance toxique ; 4 à 6 centimètres cubes de bile injectés dans les veines d'un animal (par kilogramme de son poids) le tuent avec des convulsions et, comme l'homme sécrète environ 1000 cent. cubes de bile par 24 heures, c'est trois fois plus qu'il ne faudrait pour le tuer, si l'organisme

ne se protégeait pas lui-même par divers procédés. La bile est toxique surtout par les acides biliaires et la matière colorante ; la bilirubine, la cholestérine n'est guère toxique, mais la bile sécrétée est versée dans l'intestin ; là, la matière colorante, qui n'était maintenue dissoute qu'à la faveur de l'alcalinité des sels biliaires se précipite au contact du chyme acide et est éliminée par les garde-robes qu'elle colore en brun ; les sels biliaires se décomposent ; leurs acides subissent en partie des transformations qui les amènent à l'état de dyslysine insoluble, en petite partie sont résorbés, repris par le foie ou oxydés dans le sang et les tissus, éliminés par les urines.

La cellule hépatique a enfin ce pouvoir d'arrêter certains poisons minéraux (cuivre, arsenic, etc.) ou alcaloïdes végétaux (nicotine, strychnine, morphine, quinine) ou alcaloïdes issus des fermentations putrides qui s'accomplissent normalement dans l'intestin pendant la digestion.

Ainsi, usine et entrepôt douanier, barrière entre l'intestin et l'organisme, le foie arrête tout ce qui vient du dehors par la voie digestive et les vaisseaux-portes, tout ce qui s'engage dans la circulation générale, exerce un droit de contrôle, emmagasine ou transforme ce qui est nuisible.

On peut dès lors concevoir quelle catastrophe menace l'organisme quand le ralentissement des fonctions du foie (torpeur hépatique) ou leur suppression (insuffisance hépatique) est le résultat de la maladie ou de la mort des cellules hépatiques.

Or, parmi les causes qui peuvent, en altérant les cellules du foie, conduire à l'insuffisance hépatique, il faut ranger la rétention prolongée de la bile.

Ce point de vue établit une distinction très nette entre les états morbides connus sous le nom d'ictère grave et les conséquences fatales d'un ictère prolongé, aggravé.

L'ictère grave primitif ou essentiel d'Ozanam (ictère typhoïde de Lebert ; ictère hémorrhagique de Monneret et de Genouville) est une maladie infectieuse, très vraisemblablement de cause microbienne, c'est-à-dire générale d'emblée, fièvre ictérique de Lancereaux. La destruction du foie (atrophie jaune aiguë, Rokytanski), n'est qu'une partie des dégâts causés dans l'organisme par l'agent infectieux ou le poison qu'il sécrète ; mais c'est probablement cette destruction du foie qui, concurremment avec les lésions rénales, contribue le plus à tuer le malade ; outre cette maladie infectieuse mal classée, dont il faut rapprocher peut-être le typhus hépatique de Landouzy et Mathieu, le typhus abortif de Weil, la fièvre typhoïde bilieuse de Griesinger et divers ictères infectieux sporadiques ou épidémiques observés dans certaines professions (égoutiers, vidangeurs et tanneurs), ou dans certaines villes, à Arras, à Amiens, à Lille, — la plupart des infections peuvent aboutir à des lésions si profondes du foie que l'insuffisance hépatique devient la cause de la mort ; la fièvre jaune, variole, scarlatine, typhus abdominal et typhus exanthématique, pneumonie et endocardite ulcéreuse, septicémies chirurgicales peuvent tuer ainsi par le foie, avec ou sans ictère. Des poisons comme le phosphore, l'arsenic, le mercure, l'acide sulfurique et certains alcools d'une haute toxicité peuvent aussi entraînés l'insuffisance hépatique en même temps qu'ils donnent lieu à de l'ictère.

Mais l'ictère à lui seul peut aussi, quelle qu'en soit la cause, et par la seule influence qu'exerce la toxicité de la bile, engendrer des accidents graves (ictère aggravé), s'il se prolonge et si l'organisme ne réussit pas à se défendre contre lui, abstraction faite de l'ictère émotionnel, qui est bien rare, et dont l'explication n'a pas encore été fournie d'une manière satisfaisante, mais qui est toujours de courte durée, de l'ictère par polycholie qui n'a pas lieu de causer grand dégât, parce que la plus grande part de la bile continue à être évacuée par les voies naturelles, tous les ictères sont des ictères par rétention, et c'est dans cette rétention même que réside le danger, qui est proportionnel à la durée et au degré de la rétention.

La rétention peut être la conséquence d'une obstruction des voies biliaires (angiocholite par extension d'un catarrhe duodénal et formation temporaire d'un bouchon muqueux dans le cholédoque, arrêt et enclavement d'un calcul biliaire), d'une compression soit à l'origine, soit sur le parcours des gros conduits biliaires (tête du pancréas cancéreux, ganglions dégénérés, ou d'une sclérose des petits canaux dans les diverses variétés de cirrhose hypertrophique). Quelle que soit la cause qui mette obstacle à l'évacuation de la bile, quand celle-ci cesse d'être excrétée et passe dans la circulation sanguine, le danger commence.

L'expérience et le calcul prouvent que, vu sa toxicité, si la bile sécrétée par le foie d'un homme pénétrait dans son sang et n'était pas transformée ou éliminée au fur et à mesure, la mort surviendrait en 8 heures, par suite de l'intoxication exercée par la bilirubine et les acides biliaires sur les éléments nerveux, sans que la jaunisse se fût manifestée.

Mais les choses ne se passent pas ainsi, même dans les cas d'obstruction aiguë. Lorsque, par suite de l'obstacle apporté à son cours naturel, la bile passe de la cellule biliaire dans les vaisseaux sanguins, au fur et à mesure que la matière colorante et les sels biliaires circulent dans le sang, une partie des éléments toxiques s'élimine par les reins ; mais la sécrétion rénale n'est ni assez rapide, ni assez abondante pour suffire à cette épuration.

On sait bien que la coloration foncée des urines et la réaction de Gmelin peuvent être constatées quelques heures après le moment de l'arrêt de la bile, moment qu'on peut déterminer avec précision dans la colique hépatique où la douleur sert de point de repère et que la présence de la bile dans l'urine précède l'apparition de la plus faible teinte jaune au niveau de certaines muqueuses et de certains points des téguments. Mais si l'élimination des éléments de la bile par l'urine est très rapide, comme elle est insuffisante, c'est à certains tissus même de l'organisme, parmi lesquels le sang fait circuler la bile qu'il entraîne, qu'appartient la tâche de débarrasser le sang d'une partie de cette bile, pour que les centres nerveux n'en soient pas immédiatement intoxiqués. Ce sont les tissus blancs, les fibres du tissu conjonctif si abondamment répandues dans tous les points de l'organisme, qui se chargent de fixer la matière colorante toxique pour la soustraire à la circulation.

De même qu'une soie blanche plongée dans une urine ictérique s'y colore progressivement de plus

en plus jusqu'à ce qu'elle soit saturée de matière colorante, tandis que l'urine se décolore proportionnellement, on voit dans l'ictère les fibres conjonctives de tous les tissus fixer tout ce qu'elles peuvent de pigment biliaire et tout ce qu'elles en ont fixé est autant de soustrait à la circulation, autant qui n'ira pas agir sur les centres nerveux pour les intoxiquer. Ainsi, « dans l'intoxication biliaire, l'organisme trouve une protection dans des tissus qui, dans la hiérarchie fonctionnelle des éléments anatomiques, occupent le rang le plus inférieur et qui soutirent au sang pour la fixer sur eux-mêmes la plus grande partie de la matière colorante (Bouchard) ». Pendant ce temps les sels biliaires s'échappent par les reins et se brûlent dans le sang ; et comme l'élimination s'opère incessamment par les reins, comme les fibres du tissu conjonctif se colorent incessamment, tandis que le sang ne résorbe que graduellement la bile dans le foie, les accidents nerveux sont écartés. De la connaissance de ce processus ingénieux de l'ictère découlent déjà deux conséquences : l'intensité de la coloration des téguments et des muqueuses n'est nullement un indice de gravité dans l'ictère ; l'abondance des urines et leur richesse en pigment et en acides biliaires est également un signe pronostic favorable, puisqu'elle atteste l'élimination abondante et régulière des poisons de la bile qui avaient passé dans le sang. Si les choses continuent ainsi, l'organisme peut attendre presque sans danger le moment où se rétablira le cours normal de la bile ; mais qu'une des parties de ce mécanisme défensif, aussi complexe qu'ingénieux, vienne à faire défaut, le danger commence et nous entrons dans l'étude de l'ictère aggravé.

P. Le Gendre.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La naturalisation, ses conditions.

Montfaucon, 17 Janvier 1889.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu, dans la colonne des correspondances du *Concours médical* du 12 janvier dernier, la question que vous posait M. le Dr J. L. J. (Yonne), au sujet de la naturalisation des enfants nés à l'étranger, et la réponse faite par Me Lordereau, conseil judiciaire du Concours médical.

Le cas s'est présenté ici pour un annexé qui s'est fait naturaliser français en 1874 et dont le fils mineur voulait entrer dans une école du gouvernement. L'administration préfectorale, qui devait délivrer certaines pièces, répondit : « que la naturalisation du père était *personnelle* et n'entraînait pas celle des enfants mineurs. Ceux-ci ne pourraient recouvrer la qualité de français en vertu de l'art. 9 du code civil que dans l'année qui suivrait leur majorité. »

L'administration préfectorale, en donnant ces renseignements se trompait, et elle ignorait complètement la loi du 14 février 1882 ainsi conçue :

Loi du 14 février 1882. Article unique. L'article 2 de la loi du 7 février 1851 relative aux enfants d'étrangers naturalisés, est modifié ainsi qu'il suit :

« L'article 9 du Code civil est applicable aux enfants de l'étranger naturalisé quoique nés en pays étrangers, s'ils étaient mineurs lors de la naturalisation. — A l'égard des enfants nés en France ou à l'étranger, qui étaient majeurs à cette même époque, l'art. 9 du Code civil leur est applicable dans l'année qui suivra leur naturalisation.

« Les enfants mineurs, ceux même nés à l'étranger avant la naturalisation des parents, peuvent, soit s'engager volontairement dans les armées de terre et de mer, soit contracter l'engagement conditionnel d'un an, conformément à la loi du 27 juillet 1872, titre IV, troisième section, soit entrer dans les écoles du gouvernement à l'âge fixé par les lois et règlements, en déclarant qu'ils renoncent à la qualité d'étranger et adoptent la nationalité française ; — cette déclaration ne peut être faite qu'avec le consentement exprès et spécial du père : à défaut du père, de la mère, et à défaut du père et de la mère, avec l'autorisation de la famille. Conformément au statut personnel, elle ne doit être reçue qu'après les examens d'admission et s'ils sont favorables. — La même faculté est accordée, et aux mêmes conditions, aux enfants mineurs d'un français qui aurait perdu la qualité de français par l'une des trois causes exprimées dans l'art. 17 du code civil, si le père recouvre sa nationalité d'origine, conformément à l'art. 18. Les enfants mineurs pourront réclamer la qualité de français par une déclaration faite dans l'année qui suivra le jour ou le père a recouvré sa nationalité ».

Je vous donne ces renseignements dans l'espoir qu'ils pourront être utiles à notre confrère de l'Yonne.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Engel.

Monsieur le Directeur,

Dans la correspondance que je lis toujours, vous vous plaignez du silence d'un de vos abonnés à l'égard de la proposition que vous avez faite à l'*Assemblée générale du Concours* (modifications à apporter aux Statuts de l'Association générale en vue de l'*indemnité de maladie*.)

On comprend qu'un très grand nombre de médecins, surtout parmi ceux qui résident loin de Paris, ne puissent pas malgré leur bonne volonté, assister aux réunions générales ; mais ce qui ne se comprend point, parce qu'il est impossible de le justifier, c'est que chacun de nous ne trouve pas un moment pour vous communiquer ses réflexions et ses sentiments sur ces questions si importantes dont vous avez pris l'initiative.

Si chacun de nous regardait comme un devoir de participer à cette enquête, en donnant son avis motivé, les organisateurs du prochain congrès y trouveraient des éléments précieux d'informations.

D'abord, je suis heureux de vous affirmer que la lecture des comptes rendus des assemblées générales du Concours et de l'Union des syndicats m'a pleinement satisfait. Bonnes séances, me suis-je dit et bien remplies, et en ce qui vous concerne, M. le Directeur, permettez-moi d'ajouter : vous avez eu la main heureuse !

La modification que vous proposez aux statuts de l'Association générale se fera par l'Association ou sans elle, parce qu'elle me paraît féconde en bons résultats. Mais vous avez agi sagement en disant, avec le Dr Gassot, que vous vouliez saisir

d'abord le conseil général de l'Association et les Sociétés locales avant d'aborder la question du Congrès. C'est à la fois un acte de déférence, et aussi de bonne politique.

Ai-je besoin d'ajouter que j'adhère à votre proposition et au projet d'un Congrès médical en 1889 ?

Avez-vous reçu le compte rendu de la dernière réunion du Syndicat des Basses-Cévennes, 24 novembre dernier ? Nous n'avons obtenu qu'un gain de cause partiel dans la campagne dont notre syndicat a pris la direction à propos du service gratuit de vaccination. Vous savez que M. le Préfet du Gard avait projeté de confier ce service aux Inspecteurs de la protection du premier âge en leur accordant la rémunération dérisoire de 50 centimes par vaccination, que l'opération fût pratiquée dans la commune de la résidence ou dans les communes environnantes.

On nous a accordé, non sans lutte, une indemnité kilométrique de 1 fr. toutes les fois que l'opération serait pratiquée en dehors de la résidence; mais on maintient le prix de 50 centimes pour l'opération au lieu de 1 fr. demandé par le syndicat.

Le syndicat a décidé de n'accepter ces conditions que pour l'exercice courant et de maintenir ses prétentions, bien modestes, pour les exercices suivants.

Mais n'estimez-vous pas qu'il faille attacher quelque prix à ce gain moral qui résulte de la reconnaissance du Syndicat par le premier fonctionnaire du département ? et ne croyez-vous pas aussi qu'ayant obtenu une indemnité de déplacement pour le service de la vaccination, nous devons logiquement l'obtenir un jour ou l'autre pour celui de la protection ?

Dans mon allocution, j'ai repris un vœu resté platonique jusqu'ici en faveur d'une fédération des médecins du Gard ; le vœu a été adopté par le syndicat qui a chargé son Président d'en préparer la réalisation de concert avec les présidents de la Société de médecine de Nîmes et d'Alais qui nous avaient fait l'honneur d'assister à notre réunion.

Veuillez agréer, etc.

Dr A. Mazel,
Président du Syndicat des Basses-Cévennes.

P. S. Ma lettre était à peine terminée que j'ai reçu la circulaire du Dr *Leroy*, président de l'Union des Syndicats, demandant mon adhésion au principe du Congrès médical pour 1889. Je la lui ai adressée par le même courrier.

Protection des enfants du 1er âge.

Rapport général de l'Inspecteur général de l'Assistance publique, Vosges. — Exercice 1887. — *Protection des enfants du premier âge.* — Disons dès l'abord que le rapport de M. Delestre est fort bien fait. Nous n'aurons même pas aujourd'hui de critiques de détail à formuler et nous nous bornerons à faire ressortir les points qui, dans ce rapport, méritent plus particulièrement de nous arrêter : « 1° la mortalité des enfants « soumis à la protection, 2° les mesures à adopter « pour diminuer cette mortalité. »

La proportion de la mortalité sur l'ensemble est de 10,10 %. « D'où une diminution de 2,07 0/0 « sur l'année précédente, de 2,28 0/0 sur l'année « 1885, de 2.85 0/0 sur l'année 1884 et de 3,36 0/0 « sur celle de 1883.

« *Ce résultat se passe de commentaires* et prou « surabondamment l'utilité, la nécessité de la l « du 23 décembre 1874. »

Nous insistons à dessein sur ces chiffres pou bien prouver à certains de nos confrères pour q les bienfaits de la loi de 1874 semblent être resté illusoires, que les sommes dépensées pour ce ser vice ne le sont pas en pure perte. On a beau dir que la loi Roussel nous coûte des millions ; il fau savoir, en présence de ces chiffres, reconnaître q ces millions sauvent des milliers d'existences que grâce à la loi Roussel, convenablement ap pliquée, nous limitons pour une bonne part l dépopulation de la France. Ces millions ne so donc pas perdus pour tout le monde, ils ne l sont sûrement pas pour les enfants que protège l loi Roussel.

Après avoir passé en revue et analysé les di férents rapports des médecins du service, apr avoir fait les constatations relatives à la vérificati des registres par les juges de paix, M. l'Inspe teur signale à l'attention de M. le Préfet différen vœux émis par certains médecins-inspecteurs.

M. le *Dr Pommageot, de Bains,* voudrait qu'u brochure officielle fût remise à tous les paren au moment de la déclaration de naissance.

M. l'Inspecteur émet le vœu que les secrétair de mairie soient obligés de faire connaître verb lement à tous les déclarants de naissances, l art. 7, 8 et 9 de la loi de 1874, et pense que s proposition, à l'exclusion du vœu du Dr Pomm geot, dont la réalisation serait trop dispendieu répond suffisamment au but à atteindre.

Le Dr *Ancel*, le Dr *Parisot*, du Thillot, exige la suppression du biberon actuel et l'adopti d'un instrument moins meurtrier. M. l'Inspe teur s'associe complètement à ce vœu, et no considérons, nous, comme un devoir d'insister e core auprès de l'administration pour que ce vœ soit réalisé le plus tôt possible. Si M. le Pré savait ce que l'adoption de cette mesure est su ceptible de sauver d'existences, il se hâterait ce tainement d'interdire pour les nourrissons l'usa d'un instrument dont les médecins inspecteu sont unanimes à signaler les inconvénients et l dangers.

Le *Dr Lardier* exprime le vœu que les simpl préceptes suivants soient inscrits en caractèr très apparents sur les couvertures des livrets d nourrices : « Jusqu'à l'âge de 6 mois, l'enfant do « boire du lait, rien que du lait. — Les sell « doivent toujours être de couleur jaune. — L « biberon est un instrument condamnable « meurtrier.— Il ne faut pas négliger les rhum « chez les petits enfants : quand l'enfant tousse, « faut aller consulter le médecin ; quand la re « piration devient haletante, il faut tout craind « et ne pas perdre un instant. »

M. l'Inspecteur s'associe absolument à ce vœ ainsi qu'au suivant :

Les consultations médicales seront gratuit pour tous les nourrissons placés dans les comm nes ayant adhéré au service sanitaire.

Le *Docteur Thomassin*, de Xertigny, deman que les maires ne délivrent pas de certificats au femmes qui ne possèdent ni berceau, ni vach ni chèvre. Il désire aussi que l'affichage de l loi soit renouvelé tous les ans et pratiqué jusq dans les endroits les plus éloignés du centre d communes.

Il y a lieu de prendre ce vœu en considération

Le Docteur Crussard, de Neufchâteau, renouvelle le vœu que les sages-femmes reçoivent à l'école des connaissances précises sur l'allaitement. Cette question est des plus importantes. Il paraît qu'il a été fait droit à ce vœu et que le programme des études de la Maternité de Nancy comprend l'enseignement des principes sur l'élevage des enfants du 1er âge.

Espérons que ces différents vœux seront réalisés. Dans l'intérêt des enfants qui sont soumis à la loi de 1874, M. le Préfet voudra bien se pénétrer de l'utilité, de la nécessité des modifications qui lui sont proposées et comprendre l'importance des améliorations que nous voudrions voir aboutir. Si les vœux que nous exprimons passaient de la théorie dans la pratique, nous aurions certainement, en ce qui concerne la protection des enfants du 1er âge et en peu d'années, un service modèle.

Parmi les récompenses à décerner, notre sympathique confrère le Dr *Larché*, médecin-inspecteur à Cornimont, reste proposé pour une *médaille d'honneur*.

Pour terminer, notons les dépenses du service.

1° Frais de surveillance médicale.....	22.434.89
2° Frais de vérification par les juges de paix..............................	1.052.60
3° Indemnités aux secrétaires de mairie	1.572.80
4° Remboursements aux départements.	2.59
5° Frais d'imprimés..................	949.52
Total..............	26.012.31

Le crédit inscrit est de 27.500 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur une forme de suette miliaire observée dans le Sancerrois,

Par le Dr S. Combaud, de Sancerre (Cher).

Lorsqu'en 1883 je vins à Sancerre pour succéder au docteur Chamaillard, dont la santé était ébranlée, je fus tout étonné de m'entendre signaler les cas de suette comme peu rares et d'une durée allant jusqu'à deux ans et plus. Les premiers que je vis étaient anciens et je crus à une névrose centrale, suite de maladie antérieure et de sudations artificielles exagérées.

Depuis, ayant vu la suette débuter d'emblée avec les allures d'une entité morbide bien franche, j'ai dû modifier mon opinion. Elle me semble avoir une place spéciale dans la nosologie française et être vis-à-vis de la suette ce que la varicelle (confondue hier encore avec la varioloïde) est à la variole.

Cette étude n'a pas la prétention de s'appuyer sur des observations vraiment complètes (avec tracés sphygmographiques, tracés de température, analyses du sang et des sécrétions), ce qui eût été très intéressant.

La difficulté des communications, les exigences de la profession, les frais, la délicatesse des analyses, et, souvent les malades eux-mêmes s'y opposent. Je comprends quel poids donneraient à mon travail toutes ces recherches ; mais, dans l'impossibilité de les entreprendre, tout incomplet qu'il soit, je le livre à la publicité. Puisse-t-il néanmoins attirer l'attention du corps médical. Je m'estimerai heureux si je puis exciter la curiosité de gens capables de porter plus loin leurs investigations, d'éclairer la nature et les origines de cette affection dont la forme épidémique a fait tant de ravages.

Définition. — C'est une maladie ayant son siège dans le système nerveux central, à forme sudorale, débutant presque (?) toujours d'une façon aiguë, devenant rapidement chronique, et non contagieuse.

Etiologie. — Si l'on ne veut pas admettre l'origine microbienne de la suette (je dois faire observer que je n'ai jamais lu l'article sur le bacille de la miliaire de Palerme, indiqué dans le R. B. de la *Revue de Hayem*), opinion soutenue par Lepidi Chiotti et de Blasi dans *Riv. clin. d. Unio. di Napoli*, n° 1, et indiquée dans les renseignements bibliographiques de la *Revue de Hayem*, t. XXX, p. 789, on ne sait à quoi la rattacher.

Le docteur Chamaillard en fait une affection rhumatismale. Ayant observé, dans le canton de Châteauneuf-sur-Cher, en 1880 ou 1881, un cas de fièvre intermittente à forme sudorale avec éruption miliaire jusque sur la langue, j'ai recherché les antécédents paludiques et rhumatismaux. Je les avais trouvés l'un ou l'autre ou l'un et l'autre chez tous les malades lorsque j'ai vu une femme de 45 à 50 ans habitant le plateau le plus élevé de ma clientèle être prise de tous les symptômes de la suette après une chute sur la tête aux environs de Pâques.

D'un autre côté, habitants du val, habitants des sommets riches ou pauvres, hommes ou femmes de 20 à 50 ans, quel que soit le tempérament, y sont sujets. Tout ce que je puis trouver en fait de causes est une cause occasionnelle, la fatigue.

C'est au cours de travaux pénibles, le provignage, que j'ai vu la suette débuter d'une façon aiguë. La cause est banale. La chute citée plus haut est banale. Il faut donc chercher une autre origine à la suette. J'en dirai autant du rhumatisme et de l'impaludisme. Nous savons que, pour la suette épidémique, ni rhumatisme, ni impaludisme ne sont facteurs de la maladie.

Pour moi, qu'il y ait une ou plusieurs suettes, qu'on ait ou non déterminé le microbe infectieux, que cette forme soit la forme sporadique ou mieux une forme distincte de la suette épidémique, elle est d'origine microbienne.

Faut-il englober toutes les suettes décrites par Sauvages [Suette des Picards (Titre : *Fièvres tierces malignes*), appelée Tritæophia elodes de Boyer, Maladie miliaire, le Millot, la Miliaire. Pourpre blanc, Millet, Suette, Miliaris febris fluore de Zacutus Lusit, Puncticularis, Culicaire de Peau de Castor, Febris vesicularis de divers auteurs, Purpura alba, Purpura puerpuraca, Febris puerpuerans miliaris, Febris purpurata d'Hoffmann, Purpura maligna, Purpura miliaris, Febris miliaris et morbus miliaris d'Allioni, Des frizel des habitants de Leipsick ; Mirolle des Piémontais, etc., etc.,] dans une seule et même origine, en faire une seule et même maladie ? Aujourd'hui on fait entrer les miliaires des nouvelles accouchées dans l'infection puerpérale alors qu'autrefois on en faisait une suette. On pourrait même dans les formes épidémiques décrites par Sauvages distinguer plusieurs suettes. Le microbe peut varier suivant l'espèce, peut ne pas être retrouvé comme dans la rage, maladie essentiellement microbienne et virulente ; il peut, suivant ses phases d'évolution, déterminer une forme différente comme le microbe tuberculeux sous forme de

zooglée ou sous forme de bacille : qu'importe ?
Lorsqu'un sujet tuberculeux latent se casse la jambe ou se frappe un os et fait de la tuberculose osseuse, on dit qu'il était infecté du microbe tuberculeux, que ce microbe, grâce à l'irritation, aux troubles vasculaires produits par la lésion a colonisé, et s'est multiplié dans son tissu osseux. Une femme tombe sur la tête, il n'y a pas même de bosse sanguine produite ; mais la suette apparaît : je dis cette femme avait la suette à l'état latent, c'est-à-dire était infectée du microbe de la suette et l'ébranlement causé par sa chute a déterminé l'explosion des symptômes de la suette.

La marche elle-même de la maladie, comme on le verra plus loin, tend à prouver l'origine microbienne. Il y a, en effet, la période d'invasion, la période d'état et la période de déclin. L'économie semble lutter contre l'invasion, vouloir éliminer le microbe par les sueurs, puis se lasse et, sous l'influence des troubles du sympathique, on a des hyperhydroses asthéniques guéries par l'hydrothérapie.

Si je réclame une origine microbienne, je ne crois pas à l'identité du microbe de cette forme avec la suette épidémique. Huit ans de cohabitation entre conjoints n'ont pu le communiquer, et le voisinage n'est pas devenu un petit foyer de suette.

Contagion. — Il semble que ce fait prouve suffisamment la non épidémicité de la suette observée dans le Sancerrois. Je dois néanmoins citer l'opinion contraire de mon confrère Berthault, qui exerce à Sancerre depuis une trentaine d'années et dit l'avoir prise en soignant des malades au cours d'une tournée fatigante. Il a même fait, dit-il, un rapport à ce sujet, il y a plusieurs années, comme médecin des épidémies. Le docteur Chamaillard nie la contagion et l'épidémicité de cette forme de suette. Il a exercé à Sancerre pendant 18 ans environ. Pour moi, je n'ai jamais vu ni contagion, ni foyer épidémique, et si j'ai bien compris notre doyen il a eu à cette époque cinq ou six malades à la fois, lui compris, dont deux à Sancerre et un par commune pour les autres. Il avoue que le conjoint reste indemne: ce seraient donc surtout si l'on songe à la durée de la maladie et à l'étendue de la clientèle, des cas plus fréquents à un moment donné sans pour cela constituer une épidémie.

Durée. — Notre confrère, qui a été hors d'état d'exercer pendant dix-huit mois et qui a changé d'air il y a une dizaine d'années, est encore forcé de prendre certaines précautions et d'éviter également le chaud et le froid. Une vigneronne, prise, il y a 8 ans, n'a pas recouvré sa force et est sujette à des sueurs fréquentes et hors de proportion avec la fatigue. Cette durée est tout autre si on agit dès le début et si on emploie à propos l'hydrothérapie.

Terminaison. — La guérison, longue à venir, est presque de règle. Sur une centaine de cas le docteur Berthault a vu quatre décès arrivés longtemps après le début, décès par épuisement.

Le docteur Chamaillard n'en a point vu. Personnellement je n'en connais qu'un et encore peut il être contesté. La malade, persuadée que les médecins ne pouvaient la guérir, suivait, dit-on, les traitements d'empiriques ; sa maladie datait de 3 ans et elle est morte 3 ou 4 mois après un second accouchement.

En résumé, les décès étant rares, pouvant être pour la plupart attribués à d'autres causes, et dans la proportion de 1/30 chez des malades plus ou moins soignés, plus ou moins observateurs des prescriptions médicales, on peut dire que la guérison est la règle.

Description. — *Invasion.* — Le début est brusque. En rentrant de son travail, le malade a un frisson, se couche mal à l'aise, a de l'insomnie, de la fièvre, mal à la tête, il est oppressé, sent de la gêne si ce n'est une douleur dans le côté. Il envoie chercher le médecin. Le malade se plaint d'avoir eu la veille un refroidissement, de s'être mouillé ; il ne s'est pourtant pas aperçu quand il s'est refroidi, il est bien malade, il ne guérira pas, il souffre beaucoup de la tête.

L'examen vous montre le malade agité, oppressé; la respiration est inégale, la face rouge, la peau chaude, le pouls petit, fréquent et inégal. L'auscultation cardiaque ne vous fait saisir ni souffle, ni dédoublement, ni frottement.

L'auscultation pulmonaire révèle des râles muqueux disséminés, une forte congestion de la base d'un poumon, matité, souffle, et parfois une fausse égophonie, et si l'examen se prolonge on constate une tendance à la syncope. La langue est saburrale, le ventre souple, les urines sont fébriles. Bientôt, ce jour même ou le lendemain, le malade a des palpitations, des douleurs épigastriques angoissantes pendant lesquelles on voit perler des sueurs légères. Le malade croit sa fin prochaine. Les sueurs s'accentuent, elles prennent une odeur aigrelette comparable à celle du foin avarié. Entre temps la congestion se déplace, elle se porte rapidement d'un point à un autre, de façon que du matin au soir l'auscultation n'est plus comparable; la congestion disparaît et on ne trouve plus que des râles muqueux. Ni souffle, ni frottement, ni épanchement péricardique. La température n'est jamais en rapport avec le pouls ou l'intensité de la congestion. Le malade anxieux, et effrayé, éprouve un léger soulagement quand il sue ; aussi provoque-t-il l'apparition des sueurs, leur abondance et des sudaminas et craint-il de se laisser découvrir même pour l'auscultation. Constipation. Urines rares et fébriles.

État. — Les sueurs continues et abondantes s'établissent rapidement ; les malades baignent littéralement dans la sueur qui traverse la literie : ils changent quinze et vingt fois de chemise dans les 24 heures ; on dirait chaque fois qu'on vient de la tremper dans l'eau chaude. Les palpitations, les douleurs angoissantes se calment. Les malades ont une idée fixe : entretenir ces sueurs. Ils ne dorment pas, ils ne veulent pas manger, leurs digestions sont pénibles.

Déclin. — Au bout d'un temps variable ils commencent à manger et, se sentant amaigris et affaiblis boivent du vin pour se soutenir. Ils consentent enfin à se lever et vont grelotter au coin du feu. Au moindre abaissement de la température, ils tremblent, s'alitent et n'éprouvent de soulagement que par une sudation exagérée. Ils deviennent de vrais maniaques. Parfois des diarrhées colliquatives remplacent les sueurs, ils ont alors de l'angoisse, de la tendance à la syncope : tout cela disparaît avec le retour des sueurs.

Les digestions s'améliorent, ils mangent et boivent de plus en plus. Ils demandent au vin des forces qui ne viennent pas : ils engraissent, mais ne peuvent faire cinq cents mètres sans être en nage et dans l'obligation de changer de linge. Parfois l'embonpoint n'est pas très marqué, et alors les malades sont plus irritables et ont une certaine inquiétude dans le regard.

Ils reprennent peu à peu leurs occupations, mais sont toujours astreints à éviter également et le chaud et le froid ; ils conservent une tendance aux hyperhydroses.

Variétés. — Parfois la suette s'établirait d'emblée, type de la période d'état à la fin d'une autre maladie (?).

Le docteur Berthault a vu une forme grippale. Il aurait eu des pustules en plus des sudamina ; mais les pustules peuvent être attribuées à une autopsie faite 90 jours après l'inhumation dans ces conditions déplorables (1).

....

.... Ni le dictionnaire encyclopédique de Dechambre, ni la *Revue de Hayem* ne m'ont fourni une description de forme de suette comme la nôtre. Ne pouvant la ranger parmi les hyperhydroses, j'ai recherché si autrefois on ne l'avait pas signalée.

Les anciens ont eu leurs cardiaques, dans les épidémies anciennes, mal cardiaque épidémique signalé par Littré ; mal cardiaque chronique d'Horace et Juvénal (ce dernier sans description). Avec Rivière et la fièvre Elode, on peut supposer qu'il a dû y avoir parfois confusion ; avec Delebor Sylvius on croit retrouver la trace de cette forme. Van Swieten cite, d'après Tulpius, un fait se rapportant beaucoup à celui de Willis. Ce dernier, dont j'ai analysé le chapitre de *Sudore nimio*, a dû certainement voir des cas de suette chronique, mais pas au début de la maladie, il n'aurait pas manqué d'en faire une maladie spéciale. On est tenté de lui réclamer ce vieux malade resté au lit si longtemps, cette *Domina illustris* qu'il a consultée une fois. Les modernes n'en parlent pas. Se sont-ils contentés, ainsi que la plupart de mes prédécesseurs, de soigner les malades sans signaler cette forme insolite, où l'ont-ils confondue avec l'hyperhydrose ? Cette dernière hypothèse est moins vraisemblable, l'angoisse du malade, son changement de caractère, la marche fébrile des premiers jours ont dû les éclairer. Cantonnée dans certains points du territoire, n'étant pas épidémique, elle n'a pas été observée par ceux qui ont eu le temps d'écrire. Le praticien l'a soignée sans la signaler. Quoi qu'il en soit, elle n'est pas complètement inconnue et les Romains d'Auguste ont été ses victimes.

Anatomie pathologique. — Pour faire l'anatomie pathologique de cette affection, qui n'a pour ainsi dire pas de décès et à coup sûr aucune autopsie à son actif, nous sommes réduits à demander à l'anatomie et à la physiologie des données nous permettant d'induire les lésions probables. Par l'action physiologique de l'atropine sur les glandes sudorales et son action nuisible dans la suette, nous pouvons induire que la maladie ne siège pas dans les glandes elles-mêmes. Par les centres de l'innervation sudorale nous pouvons induire que le siège est le système nerveux central. Par le mode d'action de la chaleur, par l'action bienfaisante de la quinoïdine, de l'hydrothérapie, nous pouvons induire la congestion des centres nerveux. Par la non élimination des microbes, par la sueur, on peut se rendre compte de la non contagion des conjoints.

(1) Ici se place un historique dans lequel M. Combaud a fait preuve d'une grande érudition, mais que le défaut d'espace nous interdit, à notre regret, de reproduire. (*Note de la Rédaction.*)

A. — L'atropine a une propriété antisécrétoire périphérique sur les glandes sudorales. Elle n'agit point sur les centres sudoraux. Toutes les fois qu'on l'a administrée dans la suette, si elle a agi en diminuant les sueurs, il s'est produit une diarrhée compensatrice. « La diarrhée est une sueur intestinale », disait Graves, et un certain nombre d'observations cliniques (Kennedy, Mayden, Rousselot, cités par Bouveret) tendent à confirmer l'opinion de cet auteur qu'il peut y avoir quelques dangers d'augmenter la diarrhée des phthisiques en supprimant les sueurs. Ce phénomène n'est donc pas surprenant dans la suette.

Si l'action de l'atropine tend à prouver que les sueurs exagérées de la suette ne sont pas dues à une lésion de glandes sudoriques, l'odeur aigrelette de ces sueurs, odeur rappelant celle du foin avancé, est normale, puisque, d'après Courton, la sueur est acide, et cette acidité est due à des principes volatils. Nous ne pouvons ici accuser la malpropreté. Ces malades, riches ou pauvres, sont obligés de changer constamment de chemises et de draps ; la couleur du sujet est toujours identique, et chez tous les malades les sueurs profuses ont la même odeur.

B. — Inutile de reproduire ici les belles expériences qui ont permis de déterminer le trajet des nerfs sudoraux et de prouver qu'ils appartiennent au sympathique. Ceux qui voudraient éclairer leur religion sur ce point n'ont qu'à lire le Dictionnaire encyclopédique de Dechambre.

Je me contenterai de citer le passage suivant qui a trait aux origines de ce nerf, je dirais presque de ce système nerveux.

« La provenance encéphalo-médullaire du sym-
« pathique, pour n'être pas autrement précise, n'en
« est pas moins absolument certaine : ce n'est pas
« dans les ganglions qu'on doit chercher la source
« d'activité du système organique ; que ces amas
« cellulaires interviennent pour modifier, pour en-
« tretenir les influences émanant des centres ner-
« veux supérieurs, nous n'en pouvons douter en
« présence des faits ; mais l'influence ganglion-
« naire n'est elle-même que secondaire, accessoire
« en quelque sorte, et subordonnée à l'influence des
« centres nerveux supérieurs ; les ganglions doi-
« vent être considérés comme des appareils cellu-
« laires intercalés sur le trajet des tubes nerveux
« émanant du myélocéphale, et nullement comme
« les origines de ces nerfs. »

De là, on doit considérer comme faisant partie du sympathique, non pas anatomiquement, mais physiologiquement, les éléments nerveux de la vie organique, qui, suivant la moelle, émergent avec les nerfs rachidiens. « Le sympathique, au point « de vue physiologique, se trouve en partie comme « enclavé dans les expansions nerveuses de la vie « de relation. »

Les sueurs profuses et générales de la suette ne pouvant être produites que par une excitation des centres sudoraux, c'est-à-dire du sympathique, il s'en suit que le siège de la maladie est dans le myélocéphale.

C. — Si nous nous reportons à l'évolution du bacille tuberculeux, nous voyons qu'il se multiplie, qu'il colonise lorsque la circulation des capillaires pulmonaires est ralentie, que sa présence les obstrue et ralentit elle-même leur circulation. Rien d'étonnant qu'ici les choses se passent de la même façon. La congestion des centres est le meilleur

excitant de la sueur. C'est pour ce motif que la chaleur est expérimentalement le meilleur producteur de la sueur. Il ne nous répugne donc pas d'admettre la congestion comme lésion des centres nerveux sudoraux. Cette congestion peut disparaître après le décès, ou persister, s'il y a des lésions vasculaires ou organiques de produites et si l'autopsie ne la faisait pas retrouver, il ne faudrait pas en inférer que sur le vivant elle n'existait pas.

La quinoïdine, dit Briquet, a la même action physiologique que la quinine. La quinine à doses modérées a, d'après Bing, « une action tonique sur les vaisseaux sanguins », et nous lisons dans le Dictionnaire, art. Quinine, p. 213 : « Or, c'est précisément sur le système circulatoire qu'on le voit souvent produire des effets d'excitation favorable. Ainsi, les céphalalgies causées par un afflux de sang, soit à la périphérie du crâne, soit même au cerveau, sont combattues avec avantage par le sulfate de quinine ; comment l'expliquer sinon par une action décongestive sur les vaisseaux céphaliques. »

Nous passerons sous silence son action tonique sur le système nerveux, son action antizymotique.

Puisque la quinoïdine a les mêmes propriétés physiologiques que la quinine, elle décongestionne, elle aussi les vaisseaux céphaliques. Pendant près de trois ans j'ai employé tous les jours la quinine et la quinoïdine dans le canton de Châteauneuf-sur-Cher, tant pour mes clients que pour moi : la quinoïdine est supérieure à la quinine pour les fièvres intermittentes rebelles et a l'avantage de pouvoir être continuée longtemps. Chez moi, elle supprime presque complètement (cela à dose très modérée) les sécrétions nasales, buccales et pharyngiennes ; elle diminue beaucoup les sécrétions bronchiques. Quant à la sueur, marchant peu, je ne puis en parler.

L'hydrothérapie, ce grand régulateur de la sécrétion, ce tonique du système nerveux, vient comme la quinoïdine prouver, à son tour, qu'il y a bien congestion des centres nerveux.

D. — Si Babès a vu dans les glandes sudoripares d'un lépreux «des corpuscules arrondis de 1 millième de millimètre environ présentant la même coloration que les bacilles de la lèpre », ce qui ferait des sueurs un élément d'élimination et de contagion, d'après les expériences de MM. S. Chiene et Aimac Ewart, à l'état sain les bactéries trouvées dans la sueur viendraient du dehors.

Dans le cas où les sueurs élimineraient les microbes infectieux, comment admettre l'immunité des conjoints ? Aussi, si Lipidi Chiotti et de Blasi ont trouvé le microbe de la suette, ce n'est pas dans la sueur venant de glandes saines : dans notre suette, les glandes sont saines et il ne passe pas de microbe infectieux, puisqu'on peut cohabiter sans crainte. Nous pouvons donc nous poser les questions suivantes : Ont-ils vraiment trouvé le microbe de la suette ? Est-ce le même microbe dans les deux suettes ? Dans le cas d'une réponse affirmative, pour qu'il y eût contage il faudrait une culture intercalaire. Pour moi, cette forme de suette du Sancerrois est une entité distincte, tant que la microbiologie n'aura pas prouvé le contraire.

E. — L'abondance de ces sueurs explique bien la rareté des urines et la constipation ; elle explique même, la sueur étant le régulateur physiologique de la chaleur, car sa rapide évaporation « ne peut se produire sans absorber beaucoup de chaleur » (Cl. Bernard, *Chal. anim.*), qu'à main la température des malades ne soit élevée : ce qui étonne au premier abord lorsqu'en découvrant le corps d'un malade atteint de sueur, on voit s'élever une buée épaisse produite par sueur.

Malgré leur abondance et leur continuité, elles ne produisent pas, comme Maas, de Fribourg, obtenu chez les animaux, une déshydratation du sang causant une altération globulaire et de l'hémoglobinurie. Le malade buvant beaucoup, le sang n'est sans doute jamais déshydraté suffisamment pour qu'on constate ces troubles et les urines sont rares et chargées d'urates sans plus.

(*A suivre.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Encore la question des officiers de santé

Dans le numéro du 6 novembre dernier, *Gazette des hôpitaux* donne le résumé d'une leçon de M. le Professeur Brouardel dans laquelle l'honorable doyen revient, une fois encore, sur la question des officiers de santé et plaide en faveur du maintien de l'offic iat.

La presse médicale, — à notre connaissance, du moins, — n'a pas relevé les arguments de M. Brouardel. L'autorité qui s'attache à tout ce qui émane de ce maître éminent, les sentiments de respectueuse sympathie que le corps médical tout entier professe à son égard, expliquent peut-être le silence qui s'est fait autour de cet article, mieux que ne saurait le faire la solidité des motifs invoqués. Est-ce à dire que la conviction soit faite dans tous les esprits et que la question doive être résolue définitivement dans le sens indiqué par M. Brouardel ? Nous ne saurions le croire, et nous considérons, au contraire, comme un devoir de réfuter une fois encore, avec toute notre indépendance, les raisons qui, selon notre ancien condisciple, militent en faveur de la conservation d'un second ordre de médecins.

« Au moment où on a établi les officiers de santé, on a voulu seulement régulariser la situation incorrecte d'un certain nombre de médecins. Depuis lors tout a changé... » (1)

Il s'agissait donc d'une mesure de transition, ainsi qu'on a dû en prendre quelques-unes à une époque de bouleversement général comme celle que l'on traversait alors. Les guerres de la Révolution celles du consulat, comme à leur suite celles de l'Empire, en appelant sous les drapeaux toute la partie valide de la nation, avaient rendu les écoles désertes ; les docteurs étaient tellement rares que la mesure prise en faveur des officiers de santé était indispensable ; mais cette mesure n'avait de raison d'être que pour remédier à l'insuffisance

(1) V. *Gazette des hôpitaux*, année 1888, p. 11.., 2e colonne.

momentanée du nombre des docteurs. Et si depuis lors, des esprits des plus sérieux se sont accordés pour demander la suppression de l'officiat, c'est que « depuis lors tout a changé ».

Les officiers de santé ne se sont point confinés, ainsi que le pensait Fourcroy, « dans les campagnes ou dans les départements pauvres ». C'est exactement le contraire qui a eu lieu. Les départements les plus pauvres sont précisément ceux qui comptent proportionnellement le plus de docteurs et les centres les plus riches surtout sont envahis par les officiers de santé. C'est dans les cités les plus importantes qu'ils reviennent, de préférence, se fixer. Le but poursuivi par Fourcroy, qui s'était fait leur défenseur, est donc complètement manqué.

Mais « aujourd'hui, nous dit-on, il y a des examens très difficiles à subir et il existe des officiers de santé qui sont médicalement aussi instruits que certains docteurs ». Sans doute ; mais qu'est-ce que cela prouve, sinon que l'unification des titres peut être faite sans inconvénient et que le moment est venu d'y procéder? Les études classiques ne sont plus, comme autrefois, le privilège exclusif de quelques favoris de la fortune ou de quelques rares travailleurs doués d'une volonté inflexible jointe à une intelligence d'élite. Dans toutes les sous-préfectures, dans un très grand nombre de chefs-lieux de cantons on trouve des établissements d'instruction secondaire sans compter les lycées dont le nombre s'accroît chaque année. Partout l'instruction est répandue à profusion, de telle sorte que, grâce aux facilités actuelles, les connaissances exigées pour aborder les études du doctorat ne sauraient être un obstacle au recrutement du corps médical. Aussi ne saurait-il être question, un seul instant, « d'abaisser la valeur des épreuves qui précèdent l'admission dans les Facultés ».

Et qu'on ne vienne pas dire que « la suppression des officiers de santé n'augmentera pas le nombre des docteurs ». Qui donc s'en plaindra, après tout ? La carrière est encombrée, et c'est à peine si la moitié des médecins existant actuellement peut — je ne dis pas faire fortune — mais simplement tenir honorablement, dans la société, le rang qui lui revient. Voilà pourquoi bien des jeunes gens pourvus de grades universitaires et qui eussent volontiers étudié la médecine, se tournent vers des professions où ils espèrent trouver plus de facilités à se créer une situation de fortune et un avenir convenables. Mais le jour où le médecin aura des chances suffisantes de voir son travail et son dévoûment justement récompensés, ce jour-là verra de nouvelles recrues se former de toutes parts.

Et, d'ailleurs, cette augmentation du nombre des médecins est-elle bien utile ? Et que signifie la diminution survenue depuis 1847, sinon que l'engouement qui avait précédé cette époque disparaissait enfin devant la froide réalité ? Et si la diminution constatée porte surtout sur les officiers de santé, n'est-ce pas un argument de plus à invoquer pour en demander la suppression dans l'avenir ?

Il y avait, disent les statistiques 18,099 médecins en 1847, tandis qu'elles n'en accusent que 14,780 en 1886. Faut-il partir de là pour crier bien fort que le service médical ne sera bientôt plus assuré dans notre pays? Pour les villes, qu'on soit bien tranquille. Le nombre des médecins peut tomber de moitié, et il est encore parfaitement suffisant. Je suis absolument certain que pas un praticien ne contredira mon affirmation.

Quant aux campagnes, je regarde autour de moi et je constate que la même proportion, c'est-à-dire la moitié au moins des médecins, s'ils n'avaient pas un certain patrimoine, seraient dans l'impossibilité de vivre convenablement et d'élever leur famille.

Mais, au point de vue supérieur de l'intérêt de la société, y a-t-il lieu de craindre l'insuffisance des services médicaux dans les campagnes ? Evidemment non, car nous ne sommes plus à l'époque où les voies de communication étaient un obtacle presque insurmontable à l'extension des clientèles médicales et où les médecins de campagne étaient, à peu près tous, modelés sur le type si bien décrit par Balzac. Aujourd'hui la bique de nos aïeux est remplacée par le tilbury ou même par d'élégants huit-ressorts parcourant rapidement les chemins qui sillonnent le pays dans tous les sens. Dès lors il importe peu que « 30,373 communes sur 36,000 environ » soient dépourvues de médecin, si ceux qui habitent les communes voisines peuvent assurer le service ; qui donc a jamais rêvé un médecin par commune ? J'en connais une qui compte vingt-huit électeurs !!! (Risum teneatis, amici !) Je voudrais bien savoir comment, dans cette commune, l'une des 30,373 dont nous venons de parler, on pourrait assurer l'existence d'un médecin et de sa famille et l'éducation de ses enfants. Car, enfin sans être trop exigeant, on peut bien, je suppose, demander à la pratique de la profession médicale de procurer ces bien minces avantages à ceux qui l'exercent. Et si un trop grand nombre de médecins, abandonnant les voies honorables, se sont lancés dans de honteuses spéculations, n'est-ce pas parce que la médecine honnête a été impuissante, hélas ! à leur procurer parfois le strict nécessaire?

Quant au prestige attaché à la qualité de docteur et qui serait diminué, au dire du savant professeur, par l'unification des titres, je n'en vois pas bien la raison. Est-ce que docteurs et officiers de santé ne sont pas confondus par les masses sous la dénomination unique de *médecins* ? Est-ce que la plus grande partie de la clientèle fait une différence entre les deux titres ? Nous savons tous qu'il n'en est rien. Et, à ce sujet, on me permettra de raconter une petite anecdote dont j'ai été témoin au début de ma carrière médicale. J'avais pour voisin un réel officier de santé dont l'ignorance et la suffisance étaient connues dans tout le corps médical du pays. Je suis appelé un jour près d'une femme de sa clientèle. Nous l'examinons ensemble et je constate sans aucune difficulté, du reste, un affreux cancer utérin. Je formule mon diagnostic. Mon confrère le conteste et m'affirme que nous avons affaire à..... UN ENGORGEMENT DE LA PROSTATE ! ! ! .... La situation était d'autant plus délicate que notre homme ne voulait pas en démordre. Bref il se fâcha bien fort, et, devant la famille, déclara net qu'il devait avoir raison, *puisqu'il était officier et que je n'étais que docteur* !

Ainsi, en supprimant l'officiat, on n'a pas à craindre de faire tomber le nombre des praticiens au-dessous du nécessaire, pour assurer le service médical. En diminuant l'encombrement de la carrière, on assurerait à ceux qui l'embrasseraient, à l'avenir, des situations plus en harmonie avec les

sacrifices faits pour y entrer et le corps médical y gagnerait en dignité. D'autre part, en raison de la diffusion toujours croissante de l'enseignement secondaire dans toutes les classes, il n'y aurait aucune nécessité à *abaisser* le niveau des études et on conserverait, sans conteste, toute sa valeur au corps médical français qui, selon l'expression même de M. Brouardel, est supérieur comme honorabilité et comme pratique à ceux de tous les pays. A notre avis, c'est donc une mesure qui s'impose à nos législateurs.

D. Ad. Barat-Dulaurier,
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

NOUVELLES

Envahissement des médecins allemands en Amérique.— Nous lisons dans le *Medical Record*, de New-York, que certaines contrées d'Amérique, les plus riches, bien entendu, sont envahies par les médecins allemands. Ils s'y établissent sans être possesseurs du titre qui, dans leur patrie, leur conférerait le droit d'exercice. A peine débarqués, ces faméliques font annoncer, à son de trompe, que leur prix de visite est de 25 ou 50 sous.

Les médecins américains, pour arrêter ces abus, réclament une loi qui réglera les conditions d'exercice pour les immigrants.

Nombre des médecins en Amérique. — Le nombre des médecins en Amérique est beaucoup plus grand que partout ailleurs. D'après les renseignements statistiques les plus récents, il y a aux Etats-Unis en tout 85.671 médecins dont 2.432 de sexe féminin. La quantité des médecins qui correspond à 100.000 habitants pour les différents pays est la suivante :

Etats-Unis d'Amérique	122
Allemagne	70
Angleterre	66
Belgique	54
France	29
Autriche-Hongrie	27
Russie	18
Suède et Norwège	14

(*Deutsche med. Zeitg.*)

Les médecins et les sociétés ouvrières de Berlin.— La *Wiener. med. Presse* énumère les préjudices considérables que portent aux médecins de Berlin, les innombrables sociétés ouvrières avec leurs caisses de secours pour les malades. Jadis — et c'était le bon temps, — le médecin débutant trouvait facilement parmi la population ouvrière, une clientèle qui peu à peu s'augmentait et devenait assez rémunératrice ; elle lui ouvrait, avec le temps, les portes des maisons bourgeoises, voire même aristocratiques. Aujourd'hui tout ouvrier fait partie d'une caisse de secours, et c'est au médecin attaché à cette caisse qu'il s'adresse. Ce médecin, du reste, ne reçoit lui-même, que 60 centimes à 1 fr. 25 par consultation ou visite. C'est peu. Cependant on cite le fait d'un confrère spécialiste qui, comptant dans sa clientèle la majeure partie des sociétés ouvrières socialistes, en retire environ 12,000 fr. par an.

Aussi les places de médecins des caisses ouvrières, sont-elles, malgré tout, fort convoitées. Ainsi, il y a quelques années, deux de ces places se trouvant vacantes, 400 candidats (autrement dit le tiers de tous les médecins de Berlin), se présentèrent pour les occuper. Et il y avait parmi ces 400 médecins, des hommes d'un mérite reconnu, des professeurs, des conseillers sanitaires, « intimes et actuels ! ».

Pour ces positions, comme pour d'autres, il y a donc beaucoup d'appelés et peu d'élus. Aussi de nombreux médecins berlinois, en quête de moyens d'existence, se rejettent-ils sur des spécialités. C'est ainsi que les cliniques spéciales poussent comme des champignons, au grand détriment de la pratique courante des médecins non spécialistes.

Recherche des syphilitiques a Rostof.— Le Dr Scherbakoff écrit à la *Medicinskaia Biésiéda*, qu'à Rostoff, sur le Don, on pratique avec avantage l'examen médical de tous les sujets arrêtés par la police pour infraction aux règlements sur la tranquillité publique. En outre, la municipalité a conféré aux médecins municipaux le droit d'examiner, au point de vue de la syphilis, les domestiques des deux sexes attachés aux restaurants, hôtels et cabarets. L'examen du premier groupe de vagabonds arrêtés par la police accusa 20 0/0 de syphilitiques. De même, à la première visite qui fut faite dans deux grands hôtels, on constata la syphilis chez cinq domestiques et un cuisinier.

Cours d'accouchements. — MM. les Drs G. Lepage et J. Potocki recommenceront le lundi 11 février prochain, à 4 heures du soir, un cours *Pratique* d'accouchements.

Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours, dans une des salles de l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles. Il sera complet en 35 leçons et comprendra des exercices sur le mannequin.

Les ordonnances médicales illisibles. — J'ai entendu parler dernièrement d'un fait amusant et qui mérite d'être cité. Un médecin des hôpitaux, dont l'écriture était à peu prés illisible, soupçonnait le pharmacien de l'hôpital de ne pas exécuter strictement ses ordonnances. Pour le mettre à l'épreuve, il s'est amusé à écrire en signes fantaisistes une ordonnance ; il ne fut pas médiocrement étonné de la voir exécuter par le pharmacien, sans que celui-ci lui ait demandé une explication.

Le médecin a raconté l'histoire à ses collègues ; le fait est parvenu aux oreilles du directeur de l'hôpital, qui en a saisi le *Comité dirigeant*. Le médecin a dû expliquer l'affaire, mais le Comité, trouvant que la plaisanterie était mauvaise, l'a vertement semoncé, et il s'en est fallu de peu qu'il ne fût obligé de donner sa démission. Le Comité a en outre décidé que le pharmacien s'était bien acquitté de ses devoirs dans des circonstances fort difficiles.

—Tous nos confrères s'associeront à nous pour exprimer à M. Benoist fils, interne à l'hôpital de Versailles, et à sa famille, les regrets que nous éprouvons de la perte de notre collaborateur et ami le sympathique et distingué docteur *Benoist*, de Saint-Nazaire. Ils se rappellent la part qu'il a prise à la création de la *Caisse des pensions de retraite*, par ses études spéciales. C'est lui qui présidait la première commission d'organisation de l'œuvre.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL.

M. le Dr Horcholle, à la Ferté-sous-Jouarre, présenté par le docteur Rigabert, de Saacy.

M. le Dr Vivalda, à Breil, présenté par le docteur Davès, de Saorge.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Docteurs Boyer, de Lorris, Clochard, de Rocheservières, membres du *Concours médical*.

BIBLIOGRAPHIE

DE L'HONNÊTETÉ PROFESSIONNELLE,
par le Dr Perron.
Prix 1 fr.
En vente aux bureaux du Journal.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 6 | 9 Février 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La contagion intérieure dans les hôpitaux d'enfants. Supériorité de la désinfection sur l'isolement.

La question a été traitée à peu de jours d'intervalle par M. Sevestre à la Société médicale des hôpitaux et par M. le professeur *Grancher* à l'hôpital des Enfants-Malades dans la leçon de réouverture de la clinique.

Tous deux ont fait porter leur étude sur la rougeole et sur la diphthérie, les deux fléaux qui donnent lieu au plus grand nombre de cas intérieurs dans les hôpitaux d'enfants. Tous deux sont arrivés à des conclusions analogues, à la supériorité de la désinfection sur l'isolement.

Aux Enfants-Assistés la rougeole a de tout temps fait des ravages terribles. M. Sevestre a obtenu une certaine diminution grâce à l'isolement. Mais c'est surtout depuis que le fonctionnement d'une étuve à vapeur sous pression, pouvant réaliser une température de 120°, a pu être obtenu de l'administration et que tous les linges, objets de literie, vêtements et jouets y passent pour être stérilisés, que le nombre des cas intérieurs a diminué considérablement. Pendant les six premiers mois de 1888, 78 cas de diphthérie s'étaient déclarés à l'intérieur de l'hospice ; il n'y en a eu que 13 dans les six derniers, c'est-à-dire depuis que l'étuve fonctionne.

Dans sa clinique, M. Grancher a démontré, par des statistiques irréfutables, que la création d'un service d'isolement pour la rougeole, tel qu'il a été organisé depuis 1886, loin d'avoir amélioré la situation sanitaire, a été suivie d'une augmentation du nombre des cas intérieurs et de la mortalité par rougeole, car l'accumulation des rubéoleux augmente la gravité de cette maladie, particulièrement au point de vue de la fréquence des complications broncho-pneumoniques.

Il a donc demandé et obtenu que son service fût réorganisé sur les bases d'une désinfection incessante et rigoureuse, de l'antisepsie prophylactique et non de l'isolement. Les sacrifices pécuniaires auxquels a consenti l'administration de l'Assistance publique seront, nous en avons le ferme espoir, compensés par une diminution considérable et rapide de la contagion intérieure, et le cri d'alarme poussé il y a bien des années par le regretté Archambault aura été enfin entendu : « Dans les hôpitaux d'enfants, disait-il, les malades ne succombent pas souvent à la maladie pour laquelle ils entrent, mais ils meurent de la maladie qu'ils y prennent. » Maintenant, dans le service de la clinique tel que M. Grancher l'a réorganisé, les visiteurs médecins ou étudiants trouvent, à l'entrée des salles, des vestiaires pourvus de blouses de toile, qu'ils revêtent en entrant, et de lavabos, avec solutions antiseptiques permettant de se désinfecter aussitôt qu'ils ont touché un enfant atteint de maladie contagieuse et avant de s'approcher d'un autre enfant. L'existence d'une maladie contagieuse dans un lit est signalée à l'attention de tous, par une sorte de cloison légère à jour qui, sans isoler positivement le malade, rappelle à chaque instant au personnel médical et infirmier la nécessité de se désinfecter rigoureusement, aussitôt après avoir touché l'enfant qui est dans ce lit. Les lits faits d'un nouveau modèle, légers et faciles à démonter, peuvent aisément être transportés tout entiers dans l'étuve après le décès ou le départ du malade, avec toute la literie, les linges et les jouets.

Les salles ont été refaites à neuf, les parquets, dont les interstices ont été soigneusement bouchés par une composition spéciale, peuvent être facilement lavés, ainsi que les murailles, avec des solutions antiseptiques. Cette prédominance accordée à la désinfection sur l'isolement découle de la notion de plus en plus admise de l'importance relativement faible de l'air atmosphérique comme vecteur des contages, tandis que ce sont presque

toujours les objets et les personnes qui transportent les germes pathogènes de l'individu malade à l'individu sain.

Strophantus et strophantine ; digitale et digitaline.

La discussion pendante à l'Académie de médecine sur la valeur thérapeutique des diverses préparations de strophantus a été close, mais après s'être considérablement élargie. Car les orateurs ont soulevé à la fin un des problèmes les plus importants de thérapeutique générale. On sait que d'un côté MM. Bucquoy, Dujardin-Beaumetz et Hérard se sont déclarés partisans de l'emploi des teintures et extraits de la plante, tandis que M. G. Sée affirme la supériorité de l'alcaloïde constituant le principe immédiat réputé actif.

Mais ce n'est pas seulement du strophantus qu'il est ici question. M. *Sée* a déclaré qu'après avoir employé successivement toutes les préparations connues de digitale, il avait fini par y renoncer, parce qu'il en était « dégoûté », n'obtenant jamais une action constante. Depuis longtemps il n'emploie plus que la digitaline. MM. *Bucquoy* et *Hérard* ne pensent pas que la digitaline puisse rendre les mêmes services que la digitale.

C'est alors que M. *Laborde* est intervenu au débat et a fait une profession de foi des plus catégoriques en faveur de l'emploi exclusif des alcaloïdes, qui n'auraient pas seulement leur indication dans l'expérimentation physiologique, mais seraient aussi seuls acceptables en clinique. Voici comment le distingué physiologiste a conclu :

1º Dans toute préparation médicamenteuse tirée du règne végétal, il existe une ou plusieurs substances actives par lesquelles s'exerce son action physiologique et thérapeutique ;

2º Lorsque cette substance active a été isolée, déterminée et formulée chimiquement, auquel cas elle constitue le principe immédiat, c'est à celui-ci qu'il faut s'adresser en vue de l'usage thérapeutique, après l'avoir soumis d'abord au contrôle expérimental et ensuite au contrôle chimique ;

3º En effet, tandis que le principe immédiat est toujours *un*, identique à lui-même, invariable dans sa constitution propre, comme dans son action fondamentale, physiologique et médicamenteuse, la matière totale qui le contient — et qui peut d'ailleurs en contenir plusieurs entre lesquels il peut y avoir lieu de choisir, — cette matière est complexe, variable, tant dans sa composition que dans ses effets.

En un mot, dans un cas, c'est la détermination chimique et expérimentale, la connaissance scientifiquement acquise de l'instrument thérapeutique ; dans l'autre, c'est l'acceptation préalable et l'application préjudicielle de l'inconnu avec les alea et les dangers dans le domaine toxicologique.

D'un côté, la science et le progrès ; de l'autre, l'empirisme aveugle et la routine. Pour exprimer cette vérité par un axiome emprunté à un grand maître, je dirai avec J. B. Dumas : « L'introduction du principe immédiat en thérapeutique, c'est la *formule substituée à la recette.* »

MM. *Constantin Paul*, *Gariel* et *Trasbot* ont objecté à M. Laborde que dans les plantes mères il peut et il doit exister côte à côte plusieurs principes immédiats et qu'en attendant que les progrès de la chimie aient éclairci la question il était difficile d'accepter que les diverses digitalines isolées jusqu'ici puissent donner exactement les mêmes résultats cliniques que la digitale.

Hérédité de l'intoxication saturnine.

MM. *Hermann Legrand* et *L. Winter* ont fait connaître, à la Société de biologie, un cas des plus intéressants qui prouve que l'intoxication par le plomb, encore si fréquente dans beaucoup d'industries malgré les progrès de l'hygiène, peut exercer directement son influence sur les enfants, quand c'est la mère qui est intoxiquée.

Une femme de vingt-sept ans, imprimeuse compositrice, est intoxiquée depuis douze ans par le plomb des caractères d'imprimerie ; cinq fois déjà elle a été enceinte, mais quatre fois elle a avorté. Un enfant né à terme est mort, à sept mois, de convulsions. Elle entre à la Charité enceinte pour la sixième fois, et au septième mois et demi de la grossesse. L'accouchement a eu lieu prématurément trois jours après son entrée. Suites de couches normales. Le mari est aussi typographe et légèrement entaché de saturnisme, mais sans avoir jamais eu d'accidents graves. Pas de syphilis ; un peu d'alcoolisme chez le père.

L'enfant était maigre, de couleur terreuse ; il pesait 1,020 grammes. Il mourut au bout de quinze jours. A l'autopsie presque tous les viscères étaient diminués de volume et de poids.

L'examen histologique a révélé dans le foie l'existence d'une cirrhose bien systématisée, périlobulaire, extralobulaire, monolobulaire, vraisemblablement d'origine péribiliaire et accentuée surtout dans les bords, les couches superficielles et le lobe gauche du foie. A la périphérie du lobule on remarque une zone dans laquelle les cellules hépatiques sont un peu tuméfiées, troubles ; ou bien au contraire atrophiées ; laissant entre les trabécules de larges espaces que remplissent des capillaires dilatés et gorgés de sang.

Des réactions microchimiques (iode, chromate de potasse et surtout sulfhydrate d'ammoniaque), obtenues *in situ* sur des coupes de foie conservé et durci par l'alcool pur ont démontré la présence dans le protoplasma de petites particules de plomb ; 6 grammes de foie contenaient environ 1 milligramme de plomb nettement caractérisé. Le foie entier pesait 45 grammes.

Les reins présentaient des lésions graves d'irritation ou mieux de dégénérescence épithéliale et un peu de prolifération interstitielle. Ces reins présentent de plus un arrêt de développement tout à fait spécial et caractérisé par *l'absence de la zone d'accroissement des glomérules.*

Traités par le sulfhydrate d'ammoniaque, ces reins ne contenaient cependant pas de granulations métalliques. Notons enfin des lésions d'endartérite le plus souvent légère, constatées dans bon nombre d'organes.

Cette observation montre la transmission de la mère au fœtus d'un poison classé parmi les moins solubles, sa localisation dans la cellule hépatique et les lésions qu'il produit sur les organes dont l'insuffisance fonctionnelle est incompatible avec la vie. Elle permet d'affirmer l'existence d'un *saturnisme héréditaire*, dont on pourra rapprocher par analogie toute une série d'intoxications héréditaires relevant soit du domaine de la toxicologie minérale, soit du domaine de la chimie organique et même bactériologique. Il est même permis d'ajouter qu'une semblable hérédité doit comprendre

deux éléments principaux et, probablement, deux périodes plus ou moins longues, intéressant la vie du rejeton, à savoir : 1° La présence plus ou moins prolongée dans les tissus et l'élimination du poison, quel qu'il soit ; 2° les altérations anatomiques et physiologiques produites par le poison ou les troubles qu'il a occasionnés, et persistant plus ou moins longtemps après son élimination.

Intoxication chronique par la cocaïne. Antagonisme de la morphine et de la cocaïne.

Depuis que la cocaïne est entrée si complètement dans la thérapeutique courante, les faits d'intoxication se sont multipliés, et les cocaïnomanes occupent les aliénistes au même point que les morphinomanes. D'ailleurs, on sait que ce sont toujours des prédisposés par hérédité nerveuse, des cérébraux, qui se trouvent amenés à abuser de tous les analgésiques au fur et à mesure qu'on en découvre de nouveaux.

M. *Magnan* a signalé à la Société de Biologie trois cas d'intoxication chronique par la cocaïne ; les sujets qui ont fourni ces observations étaient tous les trois adonnés à la morphine depuis plusieurs mois ou plusieurs années. C'est pour remplacer cette substance qu'ils ont fait usage de la cocaïne en injections sous-cutanées à doses modérées d'abord, puis successivement croissantes. C'est ainsi qu'ils sont arrivés à s'injecter quotidiennement 1 gr., 1 gr. 50, 2 gr. et même 2 gr. 50 de cocaïne. Au bout d'un temps variable, mais qui n'a jamais été inférieur à trois ou quatre mois, ces malades ont éprouvé des troubles plus ou moins graves, tels qu'une activité exagérée, de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, des illusions visuelles et des troubles de la sensibilité générale affectant presque toujours le même caractère. Ces malades se figurent avoir des corps étrangers sous la peau, de petits vers, des microbes, etc., qu'ils cherchent à faire sortir en se grattant. En même temps il existe un certain degré d'analgésie : les piqûres sont à peine senties. Plus tard on constate des troubles de la motilité, du tremblement et quelquefois même de véritables attaques d'épilepsie.

Dans la séance suivante de la même Société, M. *Chouppe* a signalé ce fait que l'intoxication par la cocaïne peut déterminer chez certains sujets des symptômes analogues à ceux de l'angine de poitrine (douleur précordiale angoissante avec irradiation vers l'épaule et le bras gauches, tendance syncopale) ; une injection de morphine fait alors rapidement disparaître ces symptômes. Les morphinomanes invétérés supportent d'emblée des doses considérables de cocaïne qui seraient absolument toxiques pour les sujets non morphinisés. Il y a donc eu antagonisme probable entre la morphine et la cocaïne.

Action topique de la résorcine sur les surfaces ulcérées et le lupus.

Notre confrère le Dr G. *Morice*, médecin consultant à Néris, a communiqué à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux un mémoire sur ce sujet. Après avoir rappelé les travaux français sur la résorcine, notamment ceux de M. le Dr Callias, qui a été l'un des premiers et le plus complet, M. Morice nous dit que le professeur A. Bertarelli (de Milan) a expérimenté avec un plein succès la résorcine contre le lupus pendant cinq ans ; cet observateur affirme « qu'il n'est pas de substance préférable à la résorcine pour guérir le lupus sans cicatrice ».

C'est en appliquant aussi la résorcine (d'abord 1 partie pour 2 de vaseline)—, en pansements biquotidieus, précédés de lavages avec une infusion de thé à température tempérée, ensuite application de pommade (au 1/5) tous les deux jours —, que Morice a obtenu une guérison de lupus ulcéré de l'aile du nez. Aussi conclut-il ainsi : La résorcine, chimiquement pure, dont l'emploi à l'intérieur n'est pas exempt de danger, peut être considérée comme un des moyens les plus prompts et les plus sûrs dans la guérison des plaies et des ulcères. Cette substance, pour employer le mot de Bertarelli, reste le meilleur et le plus sûr modificateur du lupus.

Elle agit sans provoquer la moindre douleur, sans irriter les parties voisines et amène rapidement la cicatrisation ; la peau reste souple, lisse et garde sa coloration normale. Aucune cicatrice.

L'application de ce nouveau produit serait, d'après Bertarelli, d'une égale valeur, qu'il s'agisse d'une forme érythémateuse, exfoliatrice, hypertrophique ou ulcéreuse ; enfin, en présence de guérisons inespérées, son indication devient formelle avant toute autre intervention.

DERMATOLOGIE

Les conférences du jeudi à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis quelques semaines, les médecins de l'hôpital Saint-Louis se réunissent chaque jeudi, vers 9 h. 1/2, dans l'amphithéâtre de M. Fournier. Les malades intéressants de chaque service sont présentés ; on discute les diagnostics et le traitement. Ce sont des éléments puissants d'instruction, mis à la portée des auditeurs ; il y a toujours quelque chose à apprendre dans de pareilles conférences, même pour les médecins qui sont au courant de la dermatologie, ce qui est rare...

Voici un court aperçu d'une des dernières leçons :

Acné dépilante.

M. *Besnier* présente deux malades atteints, depuis plusieurs années, d'alopécie partielle de la tête et de la barbe, consécutivement à ce qu'il appelle l'acné dépilante, qui a beaucoup de rapports avec l'acné décalvante de M. Lailler. Cette forme d'acné entraîne une alopécie réelle, irrémédiable, et coïncide presque toujours avec des kéloïdes de la nuque.

— C'est bien le système acnéique qui est en cause, mais on n'a pas trouvé de parasites pathogènes ; les poils sont normaux, leur extrémité seule est déformée, mais sans rien de caractéristique.

L'acné qui a pour siège les glandes annexes des poils follets, et qui siège de préférence sur les tempes, à la bordure des cheveux, contribue également à la destruction des poils et laisse après elle une cicatrice indélébile.........................

Psoriasis séborrhéique.

M. *Hallopeau*, poursuivant ses études sur les dermatoses qui peuvent provoquer l'élimination des matières grasses par les glandes sébacées et

sudoripares, montre quatre malades chez lesquels les phénomènes morbides peuvent recevoir cette interprétation.

Le premier malade présente, disséminées sur toute la surface du corps mais plus nombreuses au devant de la poitrine et, en arrière entre les épaules, des plaques squameuses disposées en cercles ou en fragments de cercle ; plusieurs de celles qui sont au devant du sternum offrent les caractères de l'eczéma marginé ; la plupart sont plutôt psoriasiformes. Leurs squames sont jaunes et grasses au toucher. Au cuir chevelu, elles sont remarquables par leur épaisseur et leur confluence. Au front on constate immédiatement au-dessous de la ligne des cheveux de petites surfaces rasées dont la périphérie est squameuse. L'éruption mi-sternale et celle de la tête ont nettement le caractère séborrhéique ; les autres étant évidemment de même nature, on peut admettre que ce malade présente la forme psoriasique rattachée par Unna à l'eczéma séborrhéique.

Ces formes psoriasiques sont le plus souvent confondues avec le psoriasis vulgaire ; Unna admet que cette erreur est journellement commise dans tous les pays et, quand il a récemment parcouru nos salles, il a fait entrer dans son eczéma séborrhéique des faits que tous les autres dermatologues auraient sans hésitation rattaché au psoriasis : il les en distinguait par la marche descendante de l'éruption, la coloration jaunâtre et la friabilité des squames et l'aplatissement des disques à leur centre ou sur un de leurs côtés.

Ces caractères existent chez le second malade présenté par M. Hallopeau. Ici le psoriasis, après avoir autrefois débuté par le cuir chevelu, a dégénéré en herpétide exfoliatrice. Une particularité intéressante est la présence sur le dos des phalanges de plaques squameuses au niveau desquelles on distingue les orifices dilatés des follicules pilo-sébacés et la coexistence de plaques palmaires. M. Hallopeau observe en ce moment même ces deux localisations chez plusieurs malades qui répondent au type d'Unna. Il y a bien là une façon spéciale de psoriasis que ses localisations, sa marche et ses caractères permettent de rattacher avec vraisemblance à un trouble dans l'élimination des matières grasses ; mais faut-il, avec Unna, en faire un eczéma ? il n'y a là ni prurit, ni suintement ; il ne s'agit pas d'une simple inflammation catarrhale. Tous les caractères objectifs sont ainsi d'un *psoriasis*. Cette démonstration ne doit pas être considérée comme s'appliquant à une maladie proprement dite, comme le lichen, le pemphigus et l'eczéma ; ce n'est qu'une affection, répondant constamment à un même processus, mais pouvant se développer sous l'influence de causes diverses. Pour spécifier une maladie, il faut ajouter au nom de psoriasis une étiquette indiquant quelle en est la nature ; tel serait le psoriasis séborrhéique, tel est le psoriasis syphilitique, tel est le psoriasis vulgaire dont la cause prochaine est encore indéterminée.

Le 3e malade est atteint d'un *eczéma pilaire* généralisé avec prédominance des lésions au cuir chevelu, et au front, sur la limite des cheveux. Aux membres les vésicules sont toutes isolées, bien que très nombreuses et chacune d'elles a un poil dans sa partie centrale.

Le 4e malade porte à la nuque une plaque de lichen chronique circonscrit ; elle se continue dans le cuir chevelu avec une surface rouge et squameuse dont les caractères rappellent ceux de l'eczéma séborrhéique ; la plupart des papules de lichen présentent un poil dans leur partie centrale. M. Hallopeau est conduit à penser que là encore il s'agit d'une affection de nature séborrhéique. S'il en est ainsi, des éruptions de formes diverses peuvent se développer sous l'influence d'une même cause prochaine, d'un trouble dans l'excrétion des matières grasses modifiées dans leur quantité et leurs qualités. Il faudrait admettre, à côté de l'eczéma, des pityriasis et de l'acné, un psoriasis et un lichen séborrhéique. Cette différence dans les manifestations symptomatiques s'expliquerait par les différences de réaction des sujets.

M. *Besnier*. — C'est à tort que Unna considère comme de l'eczéma séborrhéique le psoriasis qui ne siège pas aux lieux d'élection, spécialement au sommet des coudes et sur les genoux. Cette localisation n'est pas indispensable pour autoriser de la façon la plus formelle le diagnostic de psoriasis.

Il est bon de savoir reconnaître les cas larvés, atypiques de psoriasis, qui ne rentrent pas dans le plan classique. Le psoriasis offre d'innombrables variétés, depuis la carapace épaisse du psoriasis rupiaforme jusqu'aux squamules du psoriasis pityriasiforme. Chez certaines personnes, il est très coloré, très squameux ; chez d'autres, il repose sur une base très peu érythémateuse et ne s'exfolie que difficilement. Il offre l'aspect d'un eczéma figuré, surtout lorsqu'il siège à la face, aux oreilles, sur l'abdomen, à la vulve, au pli ano-inguinal, etc..

Lorsqu'on observe le psoriasis généralisé, à forme d'eczéma discoïde, il s'agit presque toujours de femmes à peau fine et peu pigmentée, ou de sujets notoirement lymphatiques.

Même lorsque les placards sont déformés, ils gardent une consistance, une base plus ou moins épaisse, qui n'existe pas dans l'eczéma séborrhéique ; le grattage permet de détacher des squames caractéristiques et entraîne avec une grande facilité la déchirure du réseau vasculo-papillaire sanguin. Le frottement de l'ongle fait sourdre à la surface de la tache psoriasique autant de fines gouttelettes sanguines, qu'on a lésé de sommets papillaires. C'est un excellent élément de diagnostic différentiel.

Avec M. Vidal, je persiste donc à réserver le nom d'eczéma séborrhéique à l'eczéma qui porte sur les éléments pilo-sébacés et coïncide avec la séborrhée de la tête. Il se développe particulièrement vers les régions anté-sternale et inter-scapulaire, en groupes papuleux, nummulaires, superficiels, sur les points où les follicules abondent. Le frottement du gilet de flanelle, qui s'imprègne du liquide sudoral, a une action manifeste sur son développement, chez les sujets prédisposés, dont les sécrétions s'altèrent facilement et possèdent un pouvoir irritant particulier.

ERYTHÈME INDURÉ DES BLANCHISSEUSES.

M. Feulard présente une jeune fille de 14 ans, très lymphatique et remarquable comme bon nombre de strumeuses, par la précocité de son développement mammaire ; elle offre une manifestation typique d'érythème induré, occupant le siège habituel, c'est-à-dire le tiers inférieur de la jambe.

M. *Besnier*. — Sa profession de blanchisseuse a contribué à lui donner son affection, qui se rencontre de préférence chez les personnes qui se

tiennent debout. Elle aboutirait à des lésions variqueuses irrémédiables, à un œdème éléphantiasique définitif, avec diapédèse, si elle était abandonnée à elle-même. On en triomphe par le repos dans la position horizontale, par la compression méthodique avec une bande de flanelle ou de caoutchouc et surtout par la suppression des causes professionnelles. Cette jeune fille devra renoncer à son état, et suivre un traitement général capable de la fortifier. Des bains de jambe avec une décoction de feuilles de noyer, d'eucalyptus, des frictions alcooliques serviront à tonifier la région malade.

M. Fournier. — Il importe de ne pas confondre cette lésion avec les gommes en nappe, en galette, qui s'éliminent naturellement, ni avec l'érythème noueux qui évolue dans l'espace de deux ou trois semaines.

ULCÉRATIONS MULTIPLES DE LA VERGE.

M. *Fournier.* — Voici un sujet qui présente des ulcérations arrondies sur le gland et le fourreau dont quelques-unes rappellent complètement l'aspect du chancre syphilitique. L'adénopathie n'est pas assez accusée pour que je me décide à dire si c'est ou non de la syphilis. Je suis porté à le croire ; mais je pense qu'il est prudent d'attendre avant de se prononcer d'une façon formelle.

M. *Besnier.* — Il y a des cas, comme ici, où il ne faut pas craindre d'ajourner son jugement et de dire aux intéressés qu'il n'y a aucun inconvénient à temporiser jusqu'à ce que des signes concluants ou encore l'épreuve thérapeutique aient fait la lumière.

Dans le cas actuel, comme le sujet a eu des relations avec une femme inconnue la veille du jour où il a subi la frotte, il y a de grandes probabilités pour que ses lésions soient de nature spécifique. La gale est en effet une cause d'inoculation; c'est le pourquoi de la multiplicité des chancres qui étaient au nombre d'une quinzaine chez un malade de M. Lailler dont le moulage est au musée...

M. *Quinquaud* fait l'historique d'un de ses malades qui offre des lésions à la main, que MM. Vidal et Besnier considèrent comme de nature tuberculeuse.

TRAITEMENT DE LA TEIGNE.

M. Hallopeau montre deux jeunes garçons, dont la tête est couverte de cicatrices, parce qu'on a employé des acides violents pour guérir leur teigne.

A cette occasion, M. Besnier insiste pour qu'on n'oublie pas que la tricophytie guérit spontanément, sans laisser de traces, quo l'irritation desquamative provoquée avec l'avulsion mécanique des parasites, ne doit pas être trop intense, trop irritante. L'emploi de l'huile de croton et autres substances très actives a l'inconvénient grave d'occasionner une folliculite intense et des plaies indélébiles. Une intervention aussi peu modérée est blâmable à tous les points de vue............

TRAITEMENT DES VERRUES JUVÉNILES.

La séance se termine par l'exhibition d'un jeune homme, dont le front et les joues présentent un grand nombre de verrues planes, juvéniles, qui se distinguent des verrues séniles par la différence du terrain, la peau des adolescents étant plus fine et de constitution différente. Ce sont des papillomes simples que l'on méconnaît souvent en les confondant avec le lichen plan.

M. Besnier conseille de les frotter avec du savon mou de potasse, additionné de 6 à 8 % d'acide salicylique, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une desquamation suffisante. Les verrues qui résistent à ce premier travail éliminatoire, peuvent être ensuite touchées avec la teinture mère de thuya, ou avec l'acide acétique.

Dr GRELLETY.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La pratique de la loi Roussel.

Un haut fonctionnaire de l'Administration, qui se montre plein de bienveillance pour le corps médical et dont nous pouvons attendre bien des réformes ardemment souhaitées, se plaint de la négligence apportée par nombre de médecins dans les services publics et notamment dans celui de la protection des enfants du premier âge ; il s'étonne que des faits d'indélicatesse, disons plus, de malhonnêteté, puissent leur être imputés.

Certes son esprit est trop droit pour faire retomber sur tous la responsabilité des fautes de quelques-uns : il sait que toutes les professions ont leurs brebis galeuses. — Nous laisserons donc de côté les faits isolés qui peuvent relever de la police correctionnelle et que nous réprouvons au même degré que lui.

Mais l'accusation de négligence, celle d'indélicatesse même sont plus générales, car elles visent des faits de la pratique journalière qui, mal interprétés, peuvent plus ou moins nous être reprochés.

Un fonctionnaire supérieur ne connait guère les choses par leur petit côté ; il ne les voit qu'à travers les rapports généraux qui lui passent sous les yeux, et, s'il apprend qu'un médecin a touché une indemnité pour des visites qu'il n'a pas faites régulièrement, il est en droit de crier au scandale.

Mais nous avons, de notre côté, ce droit de lui soumettre quelques observations, bien banales sans doute, mais qui lui révèleront les faits sous un jour que négligent absolument les rapports officiels.

Indélicatesse, négligence sont bientôt dits, mais s'est-on jamais, dans l'administration, demandé si les médecins inspecteurs sont toujours choisis d'une façon bien judicieuse, si le règlement du service est pratiquement exécutable ?

Nous qui voyons les choses par en bas, nous n'hésitons pas à répondre *non* à cette double question.

Tout le monde sait que dans la nomination des inspecteurs on ne se préoccupe pas tant du point de vue médical que des recommandations intéressées des députés, conseillers généraux, maires, agents ou sous-agents électoraux. Ce mode de faire a-t-il des avantages au point de vue politique ? Nous ne voulons pas le rechercher ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que trop souvent il donne des résultats pitoyables au point de vue du bon fonctionnement du service, et le pis est que ces raisons extra-médicales qui ont déterminé un tel état de choses empêchent précisément de le faire cesser alors qu'on l'a reconnu.

Nous n'insistons pas, l'administration devant comprendre que devant certains abus, c'est à elle de faire son *mea culpa*.

Mais nous avons dit que le règlement était inexécutable, et sur ce point, nous devons donner des preuves.

Le médecin est le rouage principal et essentiel du service qui ne fonctionne et ne peut fonctionner que par lui. Nul ne saurait le contester. Or, de quelle manière traite-t-on le médecin ?

On commence par exiger qu'il remplisse ses fonctions au rabais : nulle part on ne lui donne une rémunération convenable pour ses visites. Le règlement prévoit tout jusqu'aux paperasseries les plus encombrantes : mais personne n'a songé qu'à côté de cette surveillance qu'on réclame de lui, le médecin a d'autres devoirs à remplir, qu'entre un nourrisson qui se porte bien et un malade qui réclame ses soins il n'a pas à hésiter, qu'enfin il n'a pas le don d'ubiquité et que parfois même il a besoin de se reposer.

L'Administration raisonne ainsi : dans ses tournées, le médecin-inspecteur visite ses nourrissons ; cela ne le dérange donc guère et ne le retarde pour ainsi dire pas. — Ignore-t-elle que, dans les hameaux écartés, il faut faire des visites spéciales et que souvent, dans ses tournées, le médecin est trop pressé pour pouvoir s'arrêter ?

La vérité est que les visites aux nourrissons sont des visites comme toutes les autres et d'autant plus semblables à ces dernières que, presque toujours, il y a quelque conseil médical ou hygiénique à donner sur l'alimentation, les soins de propreté, des bobos à la figure, un dérangement intestinal, etc..

Et si ces visites ressemblent à toutes celles que fait le médecin, pourquoi, nulle part, ne s'est-on inquiété de la rémunération habituelle qu'il reçoit ? Ici on lui donne à forfait dix francs par enfant, là un franc par visite mensuelle, et parce qu'à la fin de l'année le total s'élève à une certaine somme dans le département, on s'imagine avoir largement payé !

Mais ce n'est pas tout. Le médecin inspecteur est, on ne le contestera pas, moralement obligé de donner ses soins aux nourrissons malades.— Or, de ces soins il n'est à peu près jamais payé ; parfois même il donne les médicaments et ne reçoit pas davantage. L'administration, elle, n'a rien à voir à cela : les soins en cas de maladie ne la regardent pas, c'est affaire aux familles. Mais le médecin, qui ne reçoit rien, qui donne son temps, sa peine et ses médicaments, trouve que la question le regarde, et nul règlement, nulle argumentation ne l'empêchera de déduire ce qu'il perd annuellement avec les nourrissons de ce qu'il reçoit pour ses visites réglementaires et de considérer la différence comme la rémunération véritable du service de protection.

On peut juger de ce qui reste.

Le rôle du médecin inspecteur lui est-il, du moins, facilité ? pas davantage. Le règlement prend soin de lui enlever toute autorité propre : il ne peut empêcher une nourrice d'avoir un nourrisson, ne peut exiger le retrait d'un enfant amené contre son gré ou mal soigné. Placé à chaque instant entre son intérêt et son devoir, il doit lutter contre la mauvaise volonté ou l'indifférence de tous.

Les maires se soucient bien des nourrissons !

Les secrétaires de mairie préviennent le médecin plus ou moins irrégulièrement du placement des enfants mais à peu près jamais des décès ou des retraits — et ce n'est pas toujours leur faute, car les nourrices, comprenant bien qu'elles n'ont rien à craindre, font leurs déclarations quand elles ont le temps ou qu'elles y pensent.

Les commissions locales pourraient aider les médecins, mais elles ne fonctionnent presque nulle part. C'est à peine si elles se réunissent à la fin de l'année pour rédiger un rapport —bien souvent ce rapport préparé à la mairie est envoyé, pour la signature, au domicile de chacun de leurs membres ; ceux-ci, d'ailleurs, n'étant soutenus ou encouragés par personne, se désintéressent peu à peu et finissent par douter de l'utilité des commissions et même de leur existence !

L'inspecteur départemental est trop souvent incompétent, et l'inspection se fait d'une manière pitoyable. Comme nous ne voulons rien avancer sans preuves, nous citerons les faits suivants.

1° Chaque année, nombre de communes ne sont pas inspectées ;

2° Lors de son arrivée dans une commune, l'inspecteur se borne à prendre, à la mairie, la liste des enfants soumis à la protection et se fait conduire chez les nourrices par le garde-champêtre. Il ne s'inquiète de consulter ni le maire, ni les membres des commissions locales, ni le médecin inspecteur.

3° Dépourvu de tout renseignement sérieux, l'inspecteur prend ses notes d'après les réponses des nourrices toujours disposées, pour se décharger, à incriminer les autorités locales ;

4° L'Inspecteur n'entretient aucune correspondance avec les médecins inspecteurs ni les membres des commissions locales.

Faut-il parler du contrôle des juges de paix ? Il ne porte que sur la tenue des registres et est absolument illusoire.

Quant au Comité départemental, il ne se réunit que pour entendre la lecture du rapport de l'Inspecteur et en voter les conclusions. Ses membres qui ont bien d'autres affaires en tête, qui sont incompétents d'ailleurs, ne peuvent guère se borner qu'à émettre des vœux stériles pour la plupart et à donner quelques récompenses aux nourrices.

N'ayant aucune base d'appréciation, ne comprenant dans son sein aucun médecin inspecteur, le comité ne peut voir que par les yeux de l'inspecteur départemental souvent obligé lui-même de s'en rapporter à des sous-inspecteurs !

Son action est nulle absolument.

Et que devient le médecin inspecteur au milieu de tout cela ?

Il fait ce qu'il peut, fait beaucoup plus qu'on ne croit et, accusé ici de négligence, là d'indélicatesse, ne trouve personne qui songe à lui dire simplement : *Merci.*

Dr K.

(*A suivre.*)

Responsabilité dans les déclarations de naissance.

Nous lisons dans *l'Union médicale*, la lettre suivante :

O..., le 6 novembre 1888.

Monsieur le gérant,

Mme L..., sage-femme à O..., très honorable et très occupée, a sur les bras en ce moment une affaire très délicate pour laquelle elle m'a demandé conseil ; mais j'éprouve moi-même le besoin de

demander celui de votre comité de rédaction, car le sujet en vaut la peine.

Voici les faits ; c'est Mme L... elle-même qui parle :

« Il y a six ans environ, M. X..., très honorable « sous tous les rapports, et que je connaissais « quelque peu, vint me prier de prendre chez moi, « à titre de pensionnaire, et pour l'accoucher « (moyennant salaire, bien entendu), une jeune « fille de 16 ans, alors enceinte de quatre mois et « dont il me dit être l'oncle et le tuteur.

« Cette jeune personne, orpheline de père et de « mère, avait été recueillie chez cet oncle, tout « enfant, et *plus tard était devenue enceinte du « fils de ce dernier*. Dans la famille, comme dans « le public, personne ne l'ignorait ; c'est un fait « d'incontestable notoriété. Mais M. X... voulait « éviter les inconvénients et le scandale d'un ac- « couchement à domicile, dans sa propre maison ; « voilà le motif de la démarche qu'il faisait auprès « de moi pour recevoir sa pupille, *m'assurant « bien qu'il prendrait personnellement à sa « charge tous les frais de la pension et de l'ac- « couchement, ainsi que le nourrissage et l'entre- « tien de l'enfant*. Encore une fois, je le connais- « sais assez pour ne pas douter de sa parole, et je « reçus la jeune fille.

« Cinq mois après, celle-ci accouchait d'un gar- « çon que son oncle me pria de déclarer, à la mai- « rie, fils de père et mère inconnus, en me disant « qu'il voulait débarrasser sa nièce de son enfant, « de l'avenir duquel il entendait d'ailleurs se « charger.

« Bien que je n'ignorasse pas la responsabilité « qui pouvait m'incomber, en cas d'abandon ulté- « rieur de l'enfant, je n'hésitai pourtant pas à faire « cette déclaration, ayant une confiance absolue « dans les engagements de M. X..., qui se trou- « vait dans une situation de fortune très convena- « ble, et dont la famille jouissait dans le pays d'une « réelle considération. *D'autant plus que la femme « de M. X... elle-même était venue à plusieurs « reprises voir également sa nièce, avant et après « l'accouchement, et qu'elle n'ignorait pas les dé- « marches et les engagements de son mari qu'elle « me confirmait chaque fois.*

« Après l'accouchement, et lorsqu'elle fut en état « de partir, l'oncle vint chercher sa pupille et la « remit jusqu'à sa majorité aux Dames-du-Bon- « Pasteur, à Pau. Sa majorité atteinte, la jeune « mère quitta le couvent, *et n'eut rien de plus « pressé que de venir voir son enfant, se faisant « connaître de la nourrice et lui disant même « qu'elle ne tarderait pas à le retirer.* Je ne sais « si, à cette époque, ou même depuis, les comptes « de tutelle lui ont été rendus. On prétend qu'elle « avait à prendre chez son oncle une quinzaine « de mille francs.

« M. X... est mort il y a six mois. Jusqu'il y a « un an environ, jusqu'à six mois avant son décès, « il avait très exactement tenu tous ses engage- « ments ; mais il fut pris à cette époque d'une « maladie grave des voies urinaires qui devait « l'emporter, et pendant les six mois de sa mala- « die, je ne reçus absolument rien pour l'entretien « ni pour le nourrissage de l'enfant. Si je ne ré- « clamais pas, c'était par respect pour la maladie, « et, plus tard, pour le premier deuil, ne doutant « pas que Mme X..., qui était au courant de la « situation, et que j'avais vue à plusieurs reprises « chez moi, soit seule, soit avec son mari, ne tînt « plus tard les engagements de ce dernier, dans « le cas où il viendrait à manquer.

« J'attendais donc toujours, faisant prendre pa- « tience à la nourrice ; mais, celle-ci ne voulant « pas ou plutôt ne pouvant plus attendre, à cause « de son état de dénûment, je m'adressai alors à « Mme X... et à son fils, qui ne m'ont jamais ré- « pondu ni directement ni indirectement. J'ai écrit « alors à la mère de l'enfant ; encore pas de ré- « ponse. Ce silence a éveillé pour la première fois « mes soupçons. J'ai vu qu'on voulait tout sim- « plement laisser l'enfant à ma charge.

« Sur le conseil d'un homme d'affaires très ex- « périmenté, j'ai fait assigner la famille de M. X... « (femme et fils) devant le juge de paix ; personne « n'a paru à l'audience ; ce qui n'a pas empêché « le juge de paix de me condamner à tous les « frais et à la charge de l'enfant jusqu'à sa majo- « rité.

« Certainement, je n'ai pas de témoins pour dé- « clarer et affirmer que M. X... est venu me con- « fier sa nièce pour l'accoucher ; qu'il a pris des « engagements vis-à-vis de moi pour l'entretien « de l'enfant qui devait naître ; que sa propre « femme est venue elle-même, et qu'elle sait tout « ce qui s'est dit et passé. Mais pourtant tous ces « faits sont certains, indéniables, je dirai même « publics, tant ils sont connus, et je me trouve en « présence d'une indignité qu'une famille réputée « honorable cherche à commettre contre moi. Il « y a même ce fait particulier qu'un notaire de la « ville, sur la demande de M. X..., en prévision « du décès de la jeune fille, était venu chez moi « retenir le testament de celle-ci en faveur de « l'enfant. »

Voilà l'affaire sur laquelle j'appelle toute l'attention et tous les soins de votre comité de rédaction. Elle est délicate par plusieurs côtés. Que peut faire Mme L... ? Intenter un procès aux héritiers de M. X... ou à la mère de l'enfant ? Est-elle liée par le secret professionnel ? Et ce secret peut-il aller jusqu'à lui faire accepter et subir la charge indéfinie de cet enfant ?

En attendant une réponse, je vous prie d'agréer, Monsieur le Gérant, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués. Dr H. B...

L'enfant étant « de père et de mère inconnus », la sage-femme n'a aucun recours à exercer contre personne. Ce qu'on appelle « la notoriété publique » n'a aucune valeur dans l'espèce.

Mais il ne s'ensuit pas que Mme L... soit obligée de garder l'enfant dont ces parents indignes se sont débarrassés, et de le nourrir jusqu'à sa majorité.

Quelle a été la sentence du juge de paix ? Des renseignements plus explicites nous éclairent sur ce point : l'entretien de l'enfant n'étant plus payé depuis la mort de M. X..., la nourrice a actionné devant le juge de paix Mme L... pour le paiement de ce qui était dû. Mme L... a voulu appeler en garantie devant le juge la grand'mère et le père présumé de l'enfant. Personne ne s'est présenté, et Mme L... a été condamnée au paiement des mois échus.

Peut-elle appeler de ce jugement, et, « sans violer le secret professionnel », intenter une action contre les héritiers de M. X... ou la mère de l'enfant ?

Selon nous, elle n'a rien à faire dans cette direction. Ce n'est pas là une question de secret

professionnel. Mme L... ayant eu l'imprudence de déclarer l'enfant comme « de père et mère inconnus », les héritiers de M. X... et la mère n'existent plus ; la sentence du juge de paix est inattaquable.

Mais garder la charge de l'enfant, c'est une autre affaire. Un être insaisissable, une « mère inconnue » n'a pas le pouvoir d'obliger une sage-femme à garder l'enfant qu'elle abandonne. A ce compte, la première personne à la porte de laquelle on déposerait un enfant nouveau-né et qui aurait la charité de le recueillir, serait tenue, *ipso facto*, de le nourrir et de l'élever. C'est inadmissible. Cet enfant qu'on lui laisse pour compte, rien ne peut empêcher Mme L... de le mettre aux Enfants-Assistés.

La Rédaction.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur une forme de suette miliaire observée dans le Sancerrois,

Par le Dr J. Combaud, de Sancerre (Cher).

(*Fin*).

Diagnostic. — C'est au début que le diagnostic de cette affection est difficile à établir ; quand on est appelé à la période d'état, il s'impose de lui-même.

Tout à fait au début, le diagnostic différentiel se pose entre une congestion chez un néphrétique, une pleurésie diaphragmatique, une poussée rhumatismale.

Lorsqu'on a affaire à un sujet jeune, on ne trouve ni albumine dans les urines, ni bruit de galop au cœur, et on écarte la première hypothèse ; la marche seule nous éclaire lorsque le sujet est plus âgé et néphrétique.

Dans la pleurésie on n'a pas cette céphalalgie qui rappelle celle des néphrites, puis le malade a un diaphragme qui joue également des deux côtés. Le lendemain ou le surlendemain, la mobilité de la congestion a réfuté cette hypothèse.

Cette mobilité des congestions, cette angoisse, ces palpitations peuvent en imposer pour une poussée rhumatismale au début ; mais l'auscultation du cœur ne révèle aucun trouble et, s'il y a de l'angoisse, elle n'est pas aussi exagérée dans le rhumatisme, la gêne respiratoire semble plus grande que de raison, la tendance à la syncope n'est pas expliquée et il n'y a pas de douleurs articulaires.

Devant l'anxiété du malade, qui croit mourir à chaque instant, on pense à la suette, mais si on craint de méconnaître le rhumatisme, la question sera jugée toute seule au bout de quelques jours.

Je reconnais d'autant mieux la difficulté que le premier malade atteint de suette, au début a réclamé les soins d'un autre confrère ou d'un empirique. Je n'avais pas porté le diagnostic tout à fait au commencement (2e jour du mal), et trois mois après on me reprochait de ne pas avoir déclaré franchement la nature de la maladie, « je devais bien avoir reconnu la suette. »

Traitement. — Au début, le traitement consiste dans les expectorants unis à l'extrait de quinquina, la digitale et la morphine.

Viennent les sueurs : il faut empêcher le malade de trop se couvrir, aérer, ordonner les couches de crin, de fougères, de balles d'avoine et administrer immédiatement 80 centigr. à 1 gramme de quinoïdine soluble prise en trois fois. On permet aux malades de boire du vin et de manger en leur recommandant de ne pas trop boire de tisane crainte de trop suer. Sitôt qu'on le peut, il faut ordonner des lotions froides le long du rachis au moins une fois par jour.

Voit-on le malade à la 3e période, il faut donner de la quinoïdine pendant un mois en alternant avec l'arséniate de soude le mois suivant et les lotions froides tout le temps. Si on peut envoyer les malades soit dans un établissement hydrothérapique, soit dans une station balnéaire, on obtient des résultats inespérés, comme le prouve le malade R. de Ch., lequel ne se résolut qu'au bout de 2 ans à aller à Néris et, contre son attente, en revint guéri. Un de mes premiers malades, C. de M., celui qui me fit penser à l'hydrothérapie, avait été soigné pendant 30 mois par d'autres confrères, et resta en traitement 18 mois pour avoir refusé d'aller aux eaux. Je dois reconnaître que la quinoïdine avait amené dès le premier mois une amélioration notable.

Je rends ici hommage au Docteur Chamaillard qui m'avait indiqué la quinoïdine ; mais il n'avait jamais employé l'hydrothérapie. Pour moi, ce n'est pas Néris qui a guéri R. de Ch., mais bien l'hydrothérapie : et l'eau froide seule en douches eût amené la guérison.

Ici, comme pour la suette épidémique, il y a des médecins qui ne veulent pas supprimer les sueurs et récusent l'eau froide. Mon confrère Berthault est de cet avis et, pendant 18 mois, a pris au moins un gramme d'ext. de quinquina par jour. J'ai dit plus haut qu'il était forcé d'éviter le froid et le chaud. R. de Ch. n'a pas cette sujétion.

Il est très difficile de suivre les malades hors des premiers temps de la maladie : car ils vont consulter souvent très loin et ne se bornent pas aux docteurs. Ils sont une source de revenu pour les empiriques ; ils se cachent et vous trompent comme des hystériques.

Observations. — Cr... de Ma..., un colosse, 40 ans, haut en couleurs, ne peut pas faire 500 mètres sans mouiller sa chemise, était malade depuis 2 ans et demi : la quinoïdine et l'arsenic l'ont soulagé, mais les lotions froides ont agi plus vite quand j'ai osé les ordonner. Ce malade vient à la maison à des intervalles éloignés (1883).

R... de Ch..., 25 ans, blond, teinte rouge, fortement bâti. Je l'ai vu en 1884 à la période de déclin, une autre fois à la maison ; comme je lui avais ordonné les lotions froides et surtout des douches prises aux eaux ou ailleurs, il n'est plus revenu. Lorsqu'en 1887 je l'ai rencontré, il m'a remercié, je ne l'ai pas reconnu. R..., après être resté 2 ans sans pouvoir même se promener, avoir suivi toutes sortes de traitements, s'était rendu à mon avis, et une saison de Néris l'avait complètement remis. Il vivait et travaillait comme les autres vignerons sans prendre aucune précaution.

X..., femme C... de V..., — vue en passant (1885), ne voulait pas se laisser ausculter crainte de se découvrir, était à la période d'état, jeune et ayant un enfant de quelques mois. L'ordonnance lui a déplu, je l'ai revue en 1886 chez ses parents ; elle mouillait encore 15 chemises par jour. En 1888, au printemps, je l'ai revue chez ses parents deux mois après un second accouchement. J'ai appris sa mort et qu'un empirique la soignait.

X X..., de V... — Appelé au 1er ou 2e jour de la maladie, l'ai méconnue et ne l'ai plus revu. On m'a fait dire ensuite qu'il avait la suette et que j'aurais bien dû être plus franc (1887).

B... de M. (1888). — 45 ans environ, vu pour la 1re fois le 15 janvier. Cas type. Le 18 les sueurs étaient arrivées,

le 20 elles étaient continues ; à partir du 18, j'ai fait découvrir le malade, lui ai ordonné 1 gr. de quinoïdine, le 27, il était à la période de déclin. Lotions froides, puis aromatiques, continuer la quinoïdine pendant 1 mois. A travaillé à fin mois.

J... R... de M... — Vu à l'apparition des sueurs, quinoïdine, découvrir le malade, puis lotions froides, a pu travailler au bout de 6 semaines, il n'a guère que 27 ans environ. Il a été pris vers la même époque que B... de M... il habitait en bas du village et B. tout à fait en haut, les deux maisons ne se fréquentaient point.

Femme J..., — du Ch. Hu..., 48 ans, maigre. — Chute sur la tête à Pâques. Appelé cinq semaines après, je la trouve à la fin de la période d'état. — Surexcitation nerveuse assez forte. En même temps que la quinoïdine j'ai fait prendre de l'ext. de valériane et de la poudre d'asa fœtida, puis lotions froides, j'ai alterné avec l'arsenic. Il y a eu amélioration sensible. Deux mois après, elle a commencé à travailler et cessé tout traitement ; quatre mois après, elle n'avait pas retrouvé ses forces, paraît-il.

T..., femme S... — 40 ans, a été malade 18 mois avant mon arrivée, en 1883 ; ai eu occasion de la voir cette année et lui ai causé. N'a pas retrouvé ses forces, est nerveuse, inquiète, sujette aux hyperhydroses. La maladie a imprimé à sa physionomie un cachet spécial.

Avant de clore cette étude, je dois remercier les docteurs Berthault et Chamaillard, qui ont bien voulu m'exposer leurs idées sur la suette. J'ai tenu à connaître et énoncer l'opinion de mes confrères, l'un exerçant depuis 30 ans et plus, l'autre ayant exercé 18 ans environ. Ni les uns ni les autres n'avons tenu une observation journalière; tous nous sommes d'accord sur les symptômes de cette forme de suette ; nous différons pour le traitement.

Le Dr Berthault laisse suer et donne de l'ext. de quinquina. Le Dr Chamaillard découvrait et donnait de la quinoïdine. Pour moi, je découvre, donne de la quinoïdine et emploie l'hydrothérapie.

Quant à la nature, à l'origine de la maladie, il est permis d'avoir ses opinions et de les défendre. Je crois à la présence du microbe ; mais je ne peux le présenter et, jusque-là, personne n'est forcé de me croire. Je nie la contagion, car jamais les conjoints n'ont été infectés ; et c'est avec conviction que j'expose ma manière de voir et discute celle de mes confrères sans parti pris ou animosité aucune.

Erratum. — Page 57, colonne 2, ligne 23, au lieu de : « La couleur du sujet est toujours identique et chez tous les malades, les sueurs profuses ont la même odeur », il faut lire : « Quel que soit la couleur du sujet, chez tous les malades, les sueurs profuses ont la même odeur ».

HYGIÈNE

Les poêles à combustion lente.

Monsieur le directeur du « *Concours Médical* »,

Ayant eu l'occasion, depuis quelque temps, de constater, dans ma clientèle, plusieurs cas d'empoisonnement par le mode de chauffage *à combustion lente* si répandu aujourd'hui, j'ai recours à la publicité de votre journal pour demander à quelques confrères leur avis sur ce point. Si, dans leur clientèle, un certain nombre de médecins ont pu relever, depuis un an, un chiffre d'accidents égal à celui que je suis en état de fournir, il faut classer les poêles à combustion lente au nombre des engins les plus dangereux.

Je dois faire remarquer que je ne parle pas seulement d'empoisonnement suivi de mort. Dans les cas que je pourrais relater, la mort n'est pas survenue, mais il y a eu, médicalement parlant, empoisonnement.

J'ai déjà eu l'occasion d'écrire à ce sujet à l'un de nos journaux scientifiques les plus compétents qui a approuvé complètement mes observations et doit même publier prochainement une étude sur cette question. Je lisais dernièrement, dans votre journal, un article du Docteur Lancereaux qui condamne énergiquement ce mode de chauffage.

Du reste, tant qu'on cherchera la combustion lente (ce qui est le grand point pour faire un chauffage économique), on aura de l'oxyde de carbone qui, malgré toutes les précautions et malgré le bon fonctionnement de la cheminée, peut, à un moment donné, se mélanger à l'air de l'appartement. Comme le dit Arnould, dans son traité d'hygiène, « justement le faible tirage qui fait l'éco-« nomie de l'appareil assure une combustion in-« complète du coke et le retour de CO^2 produit à « l'état d'oxyde de carbone ».

Qu'on ne vienne pas soutenir qu'avec une cheminée dont le tirage se fait régulièrement il n'y a pas de danger. Même dans ce cas, il peut arriver, pour bien des causes, un refoulement de la colonne d'air ; — la couche de sable de l'obturateur peut ne pas être assez épaisse ; — ensuite (et contre ce dernier cas il n'y a pas de précautions à prendre) il peut parfaitement se faire que les enveloppes, arrivées à un certain degré de chauffe, se laissent traverser par l'oxyde de carbone.

Mais je termine en disant que ce qui vaudra mieux, pour convaincre les fanatiques de ce mode de chauffage, que tout argument théorique, ce sera d'apporter un peu de statistique qui est des plus faciles à faire, et c'est dans ce but que je viens faire un appel aux confrères qui lisent votre excellent journal.

Agréez, Monsieur le Directeur, les salutations empressées d'un de vos fidèles lecteurs.

Dr H. Taillefer.

Châteauneuf (Eure-et-Loir).

Vaccin vivant et vaccin conservé.

Nous lisons dans le *Journal de Médecine et de chirurgie* la lettre suivante.

Dans l'article : « *Instituts de vaccine et de conservation du vaccin* » (novembre) de votre excellent journal, je trouve cette phrase, qui semble du reste fort rationnelle : « Le bon sens indique que la vaccination faite de la génisse au bras restera toujours la meilleure de toutes. »

Le bon sens en cette matière n'est pas d'accord avec les faits. C'est ce qu'il me sera facile, je pense, de prouver, en donnant les extraits suivants d'un rapport que j'ai présenté au *Congrès international d'hygiène et de démographie* à Vienne, en 1887.

« L'Inspecteur général du service de santé de l'armée, M. le Dr Célarier, proposa, en 1884, de mettre en présence, d'une part, le vaccin pulpeux de

l'Etat, vaccin conservé (1), et, d'autre part, le vaccin de l'armée, vaccin vivant, inoculé de pis à bras.

On fera les opérations moitié avec du vaccin conservé, moitié avec du vaccin vivant, et de telle façon qu'il y ait, dans chaque caserne, un nombre égal d'hommes d'un même régiment soumis à l'un et à l'autre procédé »

Ces instructions furent suivies pour la vaccination des recrues de 1884 et de 1885. Environ 14.000 inoculations furent pratiquées ; partout et toujours le vaccin conservé se montra supérieur au vaccin vivant :

Vaccin conservé	38 % de bonnes pustules, 60 % de succès (y compris les fausses pustules) ;
Vaccin vivant	33 % de bonnes pustules, 48 % de succès (y compris les fausses pustules).

Cherchant à se rendre compte de ce fait assez inattendu, M. le médecin du régiment Molitor, chargé des opérations de vaccine, a trouvé, croyons-nous, la véritable explication. Il fait remarquer : 1° que la partie virulente du vaccin, formée de granulations moléculaires (microbes ou micrococes) se trouve presque exclusivement contenue dans la partie solide de la pustule ; que, par contre, la lymphe qui s'écoule de la surface abrasée de la pustule, chez la génisse ou le veau, est peu active et formée principalement de sérosité ; 2° qu'au contact de l'air, le vaccin animal, bien différent en cela du vaccin humain, se coagule presque immédiatement, le coagulum fibrineux englobant la majeure partie des granulations virulentes, d'où nécessité de porter ce coagulum sur les scarifications vaccinales.

C'est, poursuit-il, à une différence de forme, et non à une différence de nature, qu'il faut attribuer la supériorité du vaccin conservé. Ici, la partie la plus virulente de la pustule est réduite en une pulpe homogène, pulpe riche en granulations et adhérant parfaitement à la peau ; le vaccin vivant, au contraire, présente un mélange grossier de liquide séreux et de caillots difficiles à fragmenter, plus difficiles encore à appliquer sur les insertions, au point que les vaccinations faites de la sorte exigent trois fois plus de temps que celles faites avec la pulpe vaccinale.

Soulignons tout d'abord ce point, dont l'importance pratique ne peut échapper à personne : «Les vaccinations faites avec le vaccin animal vivant exigent trois fois plus de temps que celles faites avec le vaccin pulpeux. »

Au surplus, à côté de l'écart constaté dans les résultats généraux, écart très notable, il y a à tenir compte des résultats partiels obtenus lors des opérations de 2e inoculation. D'après les instructions, cette 2e inoculation, à pratiquer peu de temps après la première — dans un intervalle variant entre 1 et 6 semaines — sur tous les hommes indistinctement, devrait se faire comme suit : « la moitié de l'effectif revacciné avec le même vaccin, l'autre moitié avec du vaccin différent, c'est-à-dire que les hommes qui auront été opérés une 1re fois avec du vaccin conservé, le seront avec du vaccin vivant, et vice-versa avec du vaccin conservé, si l'on a employé antérieurement le vaccin vivant. » Or, voici les chiffres relativement à cette 2e inoculation :

1re inoculation	2e inoculation	bonnes pustules	
Vaccin conservé	Vaccin conservé	2,04 o/o et	4,08 o/o succès.
» »	» vivant	1,31 —	2,86 »
» vivant	» vivant	4,78 —	9,06 »
» »	» conservé	5,94 —	13,41 »

Ainsi, 1° les hommes inoculés la 1re fois avec du vaccin conservé présentent, à la 2e inoculation, moins de réussites que ceux inoculés avec du vaccin vivant; 2° pour chaque groupe d'hommes inoculés la 1re fois soit au vaccin conservé, soit au vaccin vivant, c'est le vaccin conservé qui, à la 2e inoculation, donne le plus de réussites. L'écart est particulièrement sensible dans les deux conditions opposées :

« Je considère ces expériences comme décisives, écrivit l'inspecteur général du service de santé au Ministre de la guerre, au moins en ce qui concerne le vaccin fourni par des vaches ou par des génisses. »

Une disposition ministérielle du 24 juillet 1886 décida que l'institut vaccinogène de l'armée d'Anvers serait fermé jusqu'à nouvel ordre, et que les opérations de vaccine y seraient faites avec le vaccin en pulpe de l'office vaccinogène central de l'Etat.

Les mésaventures de l'Institut d'Anvers pourront sans doute servir d'enseignement à ceux qui seraient tentés de créer des établissements similaires, en vue d'y pratiquer les opérations de vaccine « de pis à bras » ; de même qu'à ceux qui, en possédant déjà, les font servir à cet usage.

Si jamais nous avions à formuler une proposition sur cette matière, instruits par les faits et tenant compte des considérations qui précèdent, nous dirions : Le vaccin animal doit être préféré au vaccin humain. Des deux formes de vaccin animal, vivant et conservé, c'est ce dernier, en pulpe, qui présente le plus de garantie.

Chaque pays doit posséder un ou plusieurs instituts vaccinogènes ; le nombre en sera proportionné à l'étendue du territoire, en calculant un établissement pour une superficie pouvant être desservie par la poste dans une même journée.

Ces instituts seront créés et entretenus aux frais de l'Etat ; ils auront pour mission de produire du vaccin animal, de le récolter, le préparer et l'expédier à toutes les administrations et à tous les médecins du pays qui en feront la demande.

Aucune opération de vaccine ne pourra être faite à l'intérieur de l'établissement.

Vaccin gratuit et à profusion, demande et expédition en franchise postale, voilà, à notre avis, les conditions indispensables au succès de l'entreprise.

Pour porter des fruits, une mesure d'utilité publique a besoin de se généraliser ; et pour se généraliser, elle doit se montrer aussi large, aussi facile et aussi commode que possible. »

J'ajouterai, pour finir, que dans aucune armée les opérations de vaccine ne sont faites et contrôlées avec plus de soins et de garantie qu'en Belgique.

Dr Titeca,

Médecin de régiment à Bruxelles.

(1) Obtenu par trituration de la partie la plus virulente de la pustule vaccinale, mélangée de glycérine (dans la proportion de 1/2 à 1/3), le tout passé au tamis et réduit en une pulpe aussi homogène que possible.

VARIÉTÉS

Le service militaire des étudiants en médecine en Autriche et en Allemagne.

Nous empruntons l'article suivant au *Progrès médical* :

« Voulez-vous que nous commencions par l'Autriche ? Aussi bien, cette armée autrichienne, pour ne pas avoir l'apparence de raideur, de solidité et d'impassibilité de l'armée allemande, possède des qualités de souplesse, d'élégance et d'entrain, qu'un Français prend plaisir à observer : à la coquetterie du costume près, on croirait, en effet, voir là-bas nos pioupious et nos chasseurs, tant il y a de naturel dans l'allure, tant il y a de vive crânerie dans la démarche. Certes, les uniformes sont plus jolis, plus brillants, plus dorés que les nôtres : mais il y a, sous ces uniformes, la même conception de la vie militaire que chez nous. L'organisation de l'armée est d'ailleurs à peu près semblable à la nôtre, à peu près semblable, hélas ! à celle de toutes les nations européennes qui se préparent à la grande boucherie dont chacun attend maintenant l'ouverture. Le citoyen autrichien se trouve donc soumis pendant vingt ans aux exigences militaires : de ces vingt ans, il en passe trois dans l'armée active et sept dans la réserve. Vous savez déjà qu'il y a, comme sauvegarde des intérêts scientifiques, commerciaux et industriels, cette fameuse institution du volontariat d'un an, si impopulaire et si décriée chez nous, où elle a, il est vrai, été appliquée jusqu'ici d'une façon peut-être plus aristocratique que dans les pays monarchiques.

Un engagé volontaire en Autriche ne risque pas d'être, comme le volontaire français, traité par ses camarades du titre méprisant de « quinze cents francs ». La raison, c'est qu'il ne verse aucune somme à l'Etat, c'est que le plus pauvre Autrichien peut en être quitte au bout d'un an avec le service militaire actif. Il lui suffit d'avoir passé un certain nombre d'années dans un Gymnasium (lycée), dans une Realschule, dans une académie de commerce ou d'agriculture, etc., et d'y avoir acquis un certificat de maturité correspondant à notre baccalauréat. Moyennant ce simple diplôme, le jeune Autrichien est autorisé, sur sa demande, à accomplir son volontariat d'un an : mais l'Etat ne lui fournit rien, ni uniforme, ni logement, ni nourriture ; le volontaire s'équipe, se loge et se nourrit à ses propres frais, à moins que, sur la présentation d'un certificat d'indigence, l'Etat ne lui accorde le costume, le lit et la gamelle des simples soldats. Aussi, ordinairement, le volontaire d'un an porte-t-il un uniforme élégant, habite-t-il en ville dans sa famille ou dans une chambre meublée et prend-il ses repas à la pension d'un honnête bourgeois. Il ne saurait être question de corvées plus ou moins pénibles : le volontaire n'a d'ailleurs que très peu de rapports avec les simples soldats et il lui est défendu de traiter ceux-ci en camarades ou en amis. Comme il est destiné à devenir officier de réserve, il ne doit pas être exposé un jour aux familiarités de ses anciens compagnons de manœuvres et d'exercices.

Les étudiants en médecine, qui accomplissent leur année de service militaire, bénéficient naturellement de tous ces avantages. Ils peuvent faire leur volontariat de 18 à 27 ans et ils trouvent une situation différente suivant le moment où ils passent sous les drapeaux. Veulent-ils en finir au sortir du Gymnasium ou dans les trois premières années de leurs études médicales ; ils sont alors envoyés dans les corps de troupe comme fantassins, comme artilleurs, comme dragons, etc... : leur position est identique à celle des autres volontaires et ils n'ont absolument rien de commun avec le service médical. Ont-ils, au contraire, plus de trois années d'études (et c'est le cas le plus général), ils passent leur année comme élèves médecins dans les hôpitaux militaires. Enfin, possèdent-ils déjà le titre de docteur au moment où ils accomplissent leur volontariat, ils font leur service à titre d'officier, comme médecins assistants (aide-majors), également dans un hôpital de l'armée.

La plupart des étudiants en médecine s'acquittent de leur service militaire dans leur quatrième année d'études à titre de médecins élèves. Leur année de volontariat va du 1er octobre au 30 septembre. Ils entrent à l'hôpital sans aucun grade et ils doivent le salut à tous les sous-officiers : mais ils ont une épée et ils portent un uniforme particulier en drap bleu ; en somme, à part les étoiles qui sont le signe du grade, ils ressemblent comme costume aux médecins militaires. Au mois d'avril, ils reçoivent les étoiles de sous-officiers et ils ne doivent dès lors plus le salut à ces derniers. Pendant les deux premiers mois de leur séjour à l'hôpital, les volontaires médecins font, dans l'après-midi, quelques exercices militaires à pied et sans armes : ils suivent en outre un cours sur le service intérieur ; puis, au bout des deux mois, ils subissent un *petit* examen *militaire* et ils en ont alors fini avec l'école du soldat. Désormais, ils n'ont plus à s'occuper que de service médical et ils suivent, à cet effet, au printemps, quelques leçons données par les médecins militaires sur l'hygiène, l'administration et l'organisation de l'armée, sur la chirurgie de guerre et sur la pharmacopée spéciale : ils sont en outre exercés aux manœuvres des brancards et des voitures d'ambulance. En été, ils sont envoyés pendant quatre semaines dans des régiments ; ils accompagnent le médecin dans ses visites à l'infirmerie et ils sont chargés des pansements usuels. A l'hôpital militaire, les volontaires médecins sont répartis entre les différents services : ils assistent aux visites, recueillent les observations, distribuent les médicaments, rédigent la feuille journalière de l'alimentation et font quelques pansements : chacun d'eux, à tour de rôle, doit un service de garde de vingt-quatre heures à l'hôpital.

Mais tout cela n'exige pas beaucoup de temps. Aussi l'étudiant en médecine peut-il, pendant son volontariat, consacrer de nombreuses heures à ses études : aussi le rencontre-t-on partout, dans les amphithéâtres, dans les cliniques, dans les laboratoires, toujours embarrassé de son épée qu'il ne sait où entreposer : aussi le voit-on souvent dans les promenades, dans les brasseries et dans tous les lieux de divertissement, libre qu'il est de prendre ses repas et son logement où bon lui semble. Il mène en somme une vie fort agréable et il ne connaît pas grand'chose de ce que nous appelons les servitudes militaires ; pas de gamelle, pas de chambrée commune, pas de corvées, rien, en un mot, de ce qui fait qu'on se sent vraiment soldat. Je m'étonnais un jour, avec

une démocratique indignation, de tous ces privilèges accordés aux volontaires d'un an : je racontais les multiples occupations de l'engagé conditionnel français (de celui de mon temps du moins), qui balaye les cours, lave les escaliers, nettoie les lieux d'aisances et épluche les pommes de terre : je vantais l'esprit d'égalité qui chez nous règne, à la caserne ou à l'hôpital, entre tous les soldats sans aucune distinction. « Que croyez-vous, me « dit mon interlocuteur, qui choque le plus le « principe d'égalité, ou de débourser quinze cents « francs, comme chez vous, ou d'être dispensé « du nettoyage des lieux d'aisances, comme chez « nous ? » Mon indignation démocratique ne trouva rien à répondre.

J'ai dit déjà que, s'il est docteur au moment où il accomplit son volontariat, le médecin fait son service comme officier, comme Secondarzt dans les hôpitaux. Il suit le matin la visite du médecin-chef : il est chargé dans l'après-midi de la contre-visite et il a, à son tour, une garde à monter. En réalité, il est assimilé au médecin militaire de l'armée et il touche à peu près le traitement correspondant à son grade.

Et maintenant quelques mots à propos du service militaire des étudiants en médecine en Allemagne. Du reste, ce que j'ai rapporté au sujet de l'Autriche à propos de la situation générale des volontaires s'applique encore ici : par conséquent, pas de quinze cents francs ; tout jeune homme qui a son certificat de maturité peut devenir volontaire. L'Etat ne lui fournit d'ailleurs rien et, sauf en cas d'indigence constatée, c'est à lui à s'équiper et à se nourrir. Pour les étudiants en médecine, l'année de volontariat est coupée en deux moitiés : les volontaires médecins font six mois au commencement de leurs études et six mois à la fin, alors qu'ils possèdent leur diplôme d'approbation. La première moitié s'accomplit dans un régiment : le futur médecin est alors un véritable militaire, fantassin, artilleur ou dragon ; il fait ces six mois-là habituellement pendant le premier semestre de son inscription à l'Université. L'administration militaire se prête avec la meilleure grâce aux exigences scolaires : ainsi, par exemple, elle a établi des garnisons dans les plus petites villes universitaires, de façon que les étudiants puissent y accomplir leur volontariat sans être trop détournés de leurs études. On ne saurait être plus bienveillant.

Quand il a terminé ces six premiers mois de service militaire, l'étudiant en médecine abandonne son uniforme et rentre définitivement à l'Université. Il n'a plus alors à s'occuper des choses de l'armée avant la fin des examens ; mais, dès qu'il a obtenu son diplôme, il est repris pour six autres mois par le service militaire et il complète de cette manière son année de volontariat. Pendant cette seconde phase, le volontaire médecin n'a affaire qu'avec des occupations médicales ; il possède un grade intermédiaire à ceux d'officier et de sous-officier, un grade équivalent à peu près à celui de nos médecins auxiliaires. Il jouit du reste d'une grande somme de liberté : son service qui se passe soit au régiment, soit dans les hôpitaux militaires, lui laisse de nombreuses heures de loisir et lui permet de perfectionner son éducation médicale jusqu'au moment de la libération.

Le système allemand est aujourd'hui très admiré en Autriche : il est probable qu'avant peu, il sera adopté dans l'armée autrichienne. C'est qu'il est en réalité très pratique et qu'il possède les deux qualités que recherche depuis longtemps chez nous l'administration du service de santé militaire. Mais, ce qui fait l'excellence du système, c'est que ces deux qualités ne se développent pas en même temps : quand l'étudiant est soldat, il est vraiment soldat (première partie du volontariat) ; quand il est médecin, il est vraiment médecin (deuxième partie) et il possède un grade en rapport avec sa fonction.

Nous avons en France un système mixte qui a évidemment ses avantages... mais le défaut de ce système, c'est que l'étudiant en médecine n'est jamais vraiment soldat ni jamais vraiment médecin, c'est qu'il ne possède pas le grade nécessaire à sa fonction et qu'il se trouve par conséquent toujours au-dessous d'elle. Le difficile est précisément de faire la part de ces diverses exigences : et c'est pour éviter cette mixture délicate que l'Allemagne a organisé cette scission absolue entre ce qui doit être militaire et ce qui doit être médical dans l'existence de l'étudiant en médecine volontaire d'un an.

(*Progrès médical*). Paul Loye.

NOUVELLES

Nouvelles bourses aux étudiants des écoles de médecine navale. — On annonce que, par suite de crédits devenus disponibles, six nouvelles indemnités de 1,200 fr. seront accordées incessamment à des étudiants des Ecoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon.

Concours de l'internat. — Contrairement à ce qui avait été primitivement décidé, l'Administration de l'Assistance publique a porté de 46 à 54 le nombre de ses internes.

En conséquence, sont reçus comme internes définitifs, les huit premiers internes provisoires, MM. Lovy, Camescasse, Delaunay, de la Nièce, Bureau, Bernheim, Dufournier et Legrand.

— Dans la dernière séance de l'Académie de Médecine, M. le Dr *Budin*, professeur agrégé, accoucheur de la Charité, a été élu dans la section d'accouchements.

BIBLIOGRAPHIE

DE L'HONNÊTETÉ PROFESSIONNELLE,
par le Dr Perron.
Prix 1 fr.
En vente aux bureaux du Journal.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES.

Pilules balsamiques contre le catarrhe bronchique chronique.

Térébenthine de mélèze	àà 2 gr.
Goudron	
Baume de Tolu	6 gr.
Benzoate de soude	Q. S.

F. s. a. 80 pilules. En prendre 8 par jour à intervalles égaux.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année N° 7 16 Février 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'empoisonnement oxycarboné par les poêles mobiles.

Dans notre dernier numéro, nous donnions la lettre d'un confrère qui signalait le danger des poêles mobiles. Nous avions précédemment publié une clinique de M. *Lancereaux* sur cette intéressante et grave question. Il faut féliciter le savant médecin de la Pitié d'en avoir saisi l'Académie.

Après avoir cité plusieurs observations tirées de sa pratique, il explique les raisons du danger que font courir les poêles à combustion lente.

Comme l'ont établi les recherches de M. Vallin, dans un poêle mobile ordinaire, le tirage ne fait arriver que 4 mètres cubes d'air par kilogramme de coke brûlé, alors que cette quantité de combustible exige 9 mètres cubes d'air pour que tout le carbone soit transformé en acide carbonique. Le produit de combustion est donc surtout de l'oxyde de carbone ; on peut dire de ces poêles, qu'ils sont des foyers de production de ce gaz toxique, et que plus ils sont économiques, plus ils sont dangereux. La preuve en est, d'ailleurs, dans le rapprochement des analyses faites par M. Boutmy des gaz de combustion, provenant d'un poêle dit américain, et de celles faites par Smith des vapeurs se dégageant d'une cheminée d'appartement.

Ces analyses ont donné les résultats suivants :

Pour les gaz provenant :

	de la cheminée.	du poêle.
Acide carbonique........	6	9.34
Oxyde de carbone........	1 à 3	16.70
Oxygène........	12	0.00
Azote, hydrogène, eau........	80	73.95
	100	99.99

Il suffit que la fermeture du poêle ne soit pas hermétique ou que le tirage de la cheminée où est le tuyau du poêle soit insuffisant pour que le gaz toxique s'échappe dans l'appartement.

L'empoisonnement peut se montrer alors même qu'on ne couche pas dans la chambre où est le poêle, car l'oxyde de carbone filtre à travers les fissures des portes. Bien plus, il peut aller incommoder des personnes habitant un étage ou supérieur ou inférieur.

Les dangers des poêles mobiles existent donc réellement. Aussi M. Lancereaux propose-t-il les mesures suivantes :

1° N'autoriser la vente des poêles mobiles, qu'à la condition que le tirage soit suffisant pour transformer tout le carbone en acide carbonique et s'opposer ainsi à la formation de l'oxyde de carbone ;

2° N'autoriser l'ajustement du tuyau d'un poêle mobile à une cheminée quelconque qu'à la condition que cette cheminée ait un tirage convenable et suffisant pour le dégagement facile des vapeurs ;

3° Exiger, avant la pose d'un poêle, l'examen des cheminées voisines, de façon à éviter le refoulement ou la filtration des gaz d'une cheminée dans une autre et à préserver les intéressés ou leurs voisins de l'empoisonnement oxy-carboné à distance ;

4° Prévenir le public du danger qu'il court en laissant séjourner la nuit un poêle à combustion lente dans une chambre où l'on couche, ou même dans une chambre voisine.

M. *Brouardel* s'est associé complètement à ce qu'avait dit M. Lancereaux, sur les dangers trop méconnus de l'empoisonnement par les poêles mobiles.

La présence d'une quantité quelconque d'oxyde de carbone dans une pièce suffit pour que des phénomènes d'empoisonnement se produisent, et on a grand tort de s'imaginer qu'un bon tirage et le renouvellement de l'air dans la pièce mettent à

l'abri du danger. Fréquemment, en effet, on apporte à la morgue les cadavres de pauvres diables empoisonnés par l'oxyde de carbone pour avoir dormi, *en plein air*, dans le voisinage des fours à chaux. C'est que, en effet, les globules du sang collectent le gaz toxique d'une façon vraiment extraordinaire.

Au point de vue pratique, dans les cas où le diagnostic de l'intoxication oxy-carbonée est douteux, difficile, — et cela se rencontre souvent — on peut trancher la difficulté en faisant, ou en faisant faire, l'analyse spectroscopique du sang. Il suffit pour cela de recueillir deux ou trois grammes de ce liquide ; même aprés 3, 4, 8 jours, l'examen est possible, tant les globules sanguins conservent bien l'oxyde de carbone, et cet examen décèle aisément dans les globules le gaz toxique.

M. *Gautier* pense que l'empoisonnement par l'oxyde de carbone mérite qu'on l'étudie à nouveau. Ce ne sont pas seulement les poêles mobiles, ce sont les moyens de chauffage les plus variés (par les calorifères sans tuyaux, les chaufferettes, en particulier celles des voitures) qui nous apportent tous les jours ce gaz délétère. M. Gautier connaît plusieurs cas d'empoisonnement dus à des poêles mobiles, en particulier celui d'un ménage empoisonné durant la nuit par les émanations d'un poêle mobile brûlant dans un appartement voisin.

La facilité avec laquelle circule et se répand l'oxyde de carbone est très grande. Les enfants d'un notaire présentaient tous les symptômes de l'empoisonnement oxy-carboné. L'architecte de la préfecture de police, consulté au sujet de l'origine de ce gaz, fit remarquer qu'au rez-de-chaussée de la maison on séchait les plâtres des magasins par sept réchauds à coke ; le gaz de la combustion se répandait à travers les planchers jusqu'au deuxième étage, où habitaient les enfants.

Il suffit de 1/1000 d'oxyde de carbone dans l'air ambiant, pour que le huitième du sang total soit empoisonné, pour que l'oxyhémoglobine soit transformée en carboxyhémoglobine, qui agit sur les centres nerveux et paralyse à la fois la sensibilité et la motricité.

Dans la plupart des voitures publiques de Paris, on est soumis également à un dégagement lent et continu de ce gaz dangereux.

M. Aug. *Ollivier* a rappelé à cette occasion que parmi les phénomènes observés dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, il a signalé déjà la glycosurie.

MÉDECINE PRATIQUE

Pathogénie, prophylaxie et traitement des ictères aggravés (1).

Il résulte des prémisses physiologiques exposées dans notre précédent article que, si pour une cause quelconque existe un ictère par rétention, le malade se trouve, tant que cet ictère dure, sous le coup d'une constante menace d'intoxication par les acides biliaires et la bilirubine incessamment versés par les cellules du foie dans la circulation. L'organisme, il est vrai, réussit à écarter cette intoxication par les divers moyens dont j'ai expliqué le fonctionnement (élimination par les urines, oxydations dans le sang et les tissus, fixation de la bilirubine par le tissu conjonctif).

Il n'y réussit pourtant jamais qu'incomplètement ; car, même dans le tableau clinique d'un ictère considéré comme simple, on relève certains indices d'un léger degré d'intoxication. Tout ictère n'a-t-il pas pour premier effet de modifier le rythme du cœur dont les battements sont toujours ralentis d'abord, de provoquer une hypéresthésie généralisée — que n'explique pas exclusivement l'irritation des papilles du derme par le contact du pigment et des acides biliaires, — l'insomnie, de déterminer la destruction d'un certain nombre de globules rouges ou le passage de leur hémoglobine dans le sérum, — ce qui rend fréquentes certaines hémorrhagies les plus bénignes, les épistaxis, — d'amener en peu de jours un amaigrissement considérable, même alors que l'appétit persiste et que l'alimentation s'effectue presque normalement ?

C'est à ces quelques traits peu marqués que se borne dans l'ictère simple l'ébauche d'intoxication. Si le cours de la bile ne tarde pas trop à se rétablir, les moyens de défense naturels de l'organisme suffiront à éliminer, détruire ou soustraire à la circulation l'excés du poison. Les choses se passent ainsi dans le catarrhe vulgaire du cholédoque avec obstruction temporaire, dans la colique hépatique avec arrêt passager d'un calcul ; mais quand la rétention de la bile tient à une cause qui ne peut disparaître, comme la compression du cholédoque par un néoplasme ou l'enclavement définitif d'un calcul, il arrive un moment où le système défensif de l'organisme fléchit sur quelque point. Or le point qui est le plus exposé, c'est la voie d'élimination rénale, et cela pour deux raisons.

D'abord la cause qui a causé la rétention de la bile en provoquant une lésion des voies biliaires peut avoir agi également sur le rein ; il y a des maladies infectieuses dont les microbes portent leur action, par eux-mêmes ou par les poisons qu'ils sécrètent, sur le rein en même temps que sur le foie ; une néphrite infectieuse peut se produire en même temps qu'une de ces variétés d'ictère grave infectieux encore mal connues qu'on a décrites dans différentes épidémies ou dans certaines professions et auxquelles nous faisions allusion dans le précédent article.

Lors même que le rein n'a pas été primitivement altéré, lorsque la cause de rétention biliaire est durable, le rein, obligé d'éliminer pendant trop longtemps les matériaux de la bile, subit, du fait de cette élimination des altérations. Ses cellules épithéliales perdent leur intégrité, ses vaisseaux s'enflamment, son tissu conjonctif peut se scléroser ; un rein, chargé d'éliminer chaque jour, outre les poisons normaux de la désassimilation, des substances irritantes et toxiques comme les éléments de la bile, se trouve exposé aux mêmes lésions que le rein des individus atteints d'intoxication saturnine chronique, que le rein des goutteux, des diabétiques, etc.

Or, à partir du jour où le rein commence à s'altérer, la situation du malade atteint d'ictére s'assombrit beaucoup. Jusqu'alors son organisme avait réussi à se débarrasser de l'excés du poison biliaire. Désormais, les tissus blancs et conjonctifs étant saturés de pigment, les oxydations interstitielles et intra-vasculaires ne suffisant plus à détruire les acides biliaires que le rein n'élimine pas, toutes les humeurs, tous les parenchymes

(1) Suite, voir le *Concours*, n° 6.

tous les éléments anatomiques les plus élevés en dignité fonctionnelle, vont subir une imprégnation complète par la bile ; leurs fonctions en seront troublées et leur texture altérée (cholémie).

La dissolution de l'hémoglobine, les altérations de l'endothélium vasculaire expliquent que les hémorrhagies deviennent de plus en plus fréquentes : elles ne se font plus seulement par une muqueuse aussi vasculaire et fragile que la pituitaire ; aux épistaxis s'adjoignent le purpura, l'ecchymose conjonctivale, l'hématémèse et le mélœna.

La perturbation du rythme du cœur ne consiste plus seulement en un ralentissement ; il s'y joint des irrégularités, des insuffisances fonctionnelles des valvules donnant lieu à des bruits de souffle, des dédoublements, le rythme du galop, etc.

Le système nerveux est plus particulièrement atteint en raison de sa très grande sensibilité aux influences toxiques. A l'insomnie se joignent la dépression psychique, les conceptions mélancoliques.

Mais ce qui est particulièrement grave, c'est la perturbation des échanges moléculaires de tous les tissus et notamment des parenchymes viscéraux les plus importants au point de vue de la nutrition. Au premier rang des parenchymes dont l'altération est redoutable, nous savons qu'il faut placer le foie à cause des multiples et indispensables fonctions qui lui sont dévolues. Or, l'imprégnation du tissu hépatique par la bile, qu'il fabrique et dont il ne peut plus se débarrasser, aboutit à l'altération des cellules hépatiques.

II

Toutes ces fonctions que nous avons examinées dans le précédent article, glycogénie, transformation des albuminoïdes d'origine digestive en albumine assimilable, transformation des matériaux issus de la désassimilation générale (uropoïèse), fonction biliaire et par-dessus tout fonction d'arrêt et de transformation des poisons, tout cela est entravé quand la cellule hépatique cesse de travailler par suite des altérations qu'elle a subies. Il n'y a plus seulement *acholie*, comme on l'a dit, puisque ce n'est pas la fonction biliaire qui est atteinte, il y a déchéance de toutes les propriétés de la cellule du foie, *insuffisance hépatique*. Par suite, les substances toxiques vont encombrer l'organisme pour cette double raison que celles qu'il fabrique sans cesse ne seront plus ni détruites ni transformées, ni éliminées, et que celles qui peuvent lui venir du dehors par la voie intestinale ne seront plus arrêtées au passage.

L'insuffisance hépatique peut coïncider et coïncide souvent avec un foie diminué de volume (atrophie du foie) ; mais elle peut aussi exister avec un foie hypertrophié, par suite de l'infiltration graisseuse, de la stase biliaire ou sanguine.

L'homme ictérique arrivé à ce degré est donc en pleine intoxication, et intoxication par des causes multiples : par les éléments de la bile, par les matériaux de désassimilation incomplètement oxydés (leucine, tyrosine, xanthine, ammoniaques), par les poisons venus de l'intestin (indol, phénol, scatol, crésol, alcaloïdes de la putréfaction), qui se trouvent toujours dans le tube digestif de l'homme même sain pendant la digestion, mais qui sont encore plus abondants quand la bile, ne fluant plus dans l'intestin, n'y exerce plus son action antiseptique et ne vient le balayer périodiquement.

Parmi les corps toxiques issus de la désassimilation des tissus ou venu de l'intestin, il ne faut pas envisager seulement les composés organiques ; nous savons que certaines substances minérales, la potasse en particulier, jouent un rôle important dans l'auto-intoxication. Or, par suite de l'amaigrissement si rapide, de la véritable fonte des tissus que produit l'imprégnation biliaire, les substances minérales, la potasse entre autres, qui formaient la charpente minérale des molécules cellulaires, se trouvent mises en liberté dans la circulation avec une abondance extrême.

L'intoxication par l'ensemble de ces poisons, dont en temps ordinaire les uns sont détruits par le foie, les autres éliminés par les urines, c'est ce que l'on est convenu d'appeler *urémie* depuis les travaux de M. Bouchard sur les auto-intoxications.

Ainsi ictère, insuffisance rénale, altération des parenchymes par suite de la cholémie, acholie ou, pour mieux dire, insuffisance hépatique avec ou sans atrophie du foie, enfin urémie : voilà la succession des accidents qui résultent de l'imprégnation ictérique durable et qui transforment un ictère simple en un ictère aggravé avec ses conséquences sur lesquelles nous n'insisterons pas plus longuement, mais dont la mort est souvent le terme.

III

Si nous avons analysé les détails de ce processus pathogénique, c'est que la connaissance de chacun d'eux aboutit à des indications thérapeutiques formelles. Ainsi, dès qu'un ictère existe, et tant qu'il dure, quelle qu'en soit la cause, il faut se préoccuper de remplir trois indications majeures : A, diminuer la quantité des poisons dans l'organisme ;— B, en favoriser la destruction ; — C, en hâter l'élimination.

A. Nous connaissons les sources de l'intoxication : cherchons, sinon à tarir absolument, du moins à restreindre autant que possible chacune d'elles.

Les aliments que nous introduisons dans le tube digestif par l'alimentation mixte et complète ordinaire contiennent une grande quantité de poisons : les viandes dont la digestion imparfaite donne naissance à des putréfactions très intenses et à la production d'une dose énorme de substances toxiques et notamment de ptomaïnes, et qui contiennent aussi beaucoup de sels de potasse ; il en est de même de tous les végétaux. En outre, la stagnation des matières demi-molles et fétides qui s'opère dans le côlon des ictériques est éminemment propre à la résorption des substances toxiques par la muqueuse de cet intestin.

Au contraire, il est un aliment qui contient à peine de potasse, qui ne laisse que très peu de résidus organiques putrescibles et qui ne donne lieu qu'à des garde-robes sèches et durcies prêtant peu à la résorption ; c'est le lait.

Cet aliment possède cet autre avantage d'être un diurétique.

B. Nous pouvons encore combattre les fermentations putrides que les microbes accomplissent dans l'intestin en réalisant l'antisepsie intestinale avec des antiseptiques insolubles qui ne sont pas absorbés et ne peuvent intoxiquer l'organisme. Avec le naphtol et le salicylate de bismuth nous

remplirons cette indication, ainsi qu'avec les lavements antiseptiques.

Nous pouvons aider l'organisme à détruire les poisons en lui fournissant le principal agent des combustions interstitielles, l'oxygène. Les inhalations d'oxygène ou d'air comprimé, préconisées avec succès contre les accidents urémiques, trouvent donc dans l'ictère leur indication.

Nous pouvons stimuler un peu l'activité languissante du foie par quelques purgatifs salins, mais à l'aide de sels neutres à base de soude.

C. Nous devons surtout nous préoccuper d'accroître la diurèse.

Nous n'aurons pas recours à ces diurétiques jadis très en honneur (nitrate, acétate de potasse), qui sont toxiques, nous le savons, mais à des moyens simples ayant pour effet d'augmenter la tension dans la circulation générale et par suite dans la circulation rénale, le lait, les boissons abondantes.

Nous chercherons surtout à augmenter la pression dans les dépendances du système circulatoire porte, résultat que permettent d'obtenir les grandes irrigations d'eau froide dans l'intestin ; les lavements froids présentent des avantages multiples ; ils augmentent la tension dans le système porte en faisant contracter énergiquement tous les petits vaisseaux de la muqueuse intestinale, amenant ainsi le reflux de proche en proche d'une certaine masse de sang dans les gros troncs du système porte ; par l'absorption d'une certaine quantité d'eau que puisent les veines intestinales, ils accroissent la pression intra-hépatique et contribuent à rétablir le cours de la bile, ils excitent les contractions péristaltiques de l'intestin, peut-être celles du cholédoque. C'est à ces divers effets qu'il est naturel d'attribuer les bons résultats obtenus par la méthode dite de Krull, qui nous a appris à traiter ainsi l'ictère catarrhal par les grandes irrigations intestinales.

Pour résumer notre manière de voir sur la thérapeutique que réclame tout ictère par rétention, nous disons qu'elle comprend :

1° Le *régime lacté absolu* (2 litres 1/2 de lait), pur ou coupé d'eau alcaline à base sodique, pris par petites quantités, 250 grammes toutes les deux heures.

2° *L'antisepsie intestinale* sous forme des cachets suivants :

Naphtol B finement pulvérisé.	1 gr. 50.
Salicylate de bismuth.........	1 gramme.

Mêlez et divisez en 10 cachets : En prendre un en même temps que chaque prise de lait.

3° Matin et soir un *grand lavement froid* pris lentement dans la position horizontale avec la solution suivante :

Naphtol B.....................	0 gr. 20.
Eau...........................	1000 gr.

faire dissoudre à chaud, filtrer et laisser refroidir.

4° Tous les trois jours une petite dose de sel *purgatif neutre à base sodique* (sulfate de soude ou sulfo-vinate de soude).

5° *Inhalations d'oxygène* ou bains d'air comprimé, si les circonstances le permettent.

J'ajouterai que, malgré l'insomnie, il vaut mieux ne pas donner aux malades de médicaments hypnotiques, surtout de morphine ni d'autres alcaloïdes toxiques.

On réussira souvent à rendre un peu de sommeil *en calmant le prurit cutané* à l'aide d'une lotion faite avec la solution suivante :

Sublimé..................	} åå 0 gr. 30 cent.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	}
Alcool camphré............	30 gr.
Eau de laurier cerise........	300 gr.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance publique départementale. Enfants assistés. Hygiène publique, etc.

Mon cher Directeur,

Le conseil supérieur de l'Assistance publique a ouvert sa première session annuelle dans la salle des Fêtes de l'Institut national des jeunes aveugles, 56, boulevard des Invalides.

La séance était présidée par M. Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'intérieur, assisté de M. Monod, directeur de l'assistance publique en France.

La question mise à l'étude était l'important rapport de M. le docteur Thulié, sur l'extension des attributions des inspecteurs des enfants assistés.

Le conseil, désireux d'élargir encore le cadre dans lequel doivent évoluer les services d'inspection, a décidé en principe la création d'un service d'inspection départementale de l'Assistance publique et de l'hygiène, en faisant toutefois cette réserve, qu'en ce qui concerne l'hygiène, les inspecteurs nouveaux n'auraient dans leurs attributions que les services qui ont été récemment rattachés au ministère de l'intérieur.

La lecture de ces quelques lignes ne fait que confirmer mon opinion première, déjà exposée dans le n° 37 du *Concours médical* — 15 septembre 1888 — (De l'organisation départementale de la médecine publique) — et je crois qu'il serait bon de rappeler l'attention de nos confrères sur ce point :

Les fonctions d'inspecteurs et de sous-inspecteurs des enfants assistés, — celles d'inspecteurs départementaux de l'assistance publique et de l'hygiène, fonctions à la fois scientifiques et administratives, ne devraient être remplies que par des Docteurs en médecine, qui seraient d'excellents conseils, près des préfets, pour toute question intéressant la santé publique.

On exige les diplômes de licencié ou de docteur en droit pour entrer dans nombre d'administrations (enregistrement, ministères, ville de Paris, etc.), pourquoi ne pas exiger des titres scientifiques pour des fonctionnaires ayant à remplir des rôles plus scientifiques et spéciaux peut-être que d'administration pure ?

Agréez l'expression de toutes mes sympathies pour vos diverses œuvres.

Dr G. Béranger, de Niort (Deux-Sèvres).

7 février 1889.

La Pratique de la Loi Roussel (*Suite*).

Nous avons dit que le médecin n'était pas convenablement rémunéré ; nous avons montré qu'il ne trouvait appui près de personne ; nous devons maintenant prouver ce que nous avons avancé : qu'il faisait beaucoup plus qu'on ne pense.

Le règlement porte que le médecin inspecteur

devra faire, aux nourrissons de sa « circonscription » une visite mensuelle et que cette visite sera constatée au moyen d'une signature apposée sur le carnet de la nourrice.

Rien n'est plus simple en théorie, rien n'est plus difficile dans la pratique.

Pour qui connaît le monde des nourrices, il n'y a rien d'extraordinaire dans les faits journaliers que nous allons avancer — nous tenons cependant à les signaler, car ils justifient amplement l'assertion qu'il est impossible de suivre le règlement à la lettre.

Tout d'abord, la nourrice passe hors de chez elle la moitié de la journée, soit qu'elle aille aux champs ou au bois, soit que, son nourrisson dans le bras, elle aille successivement visiter toutes les commères du quartier. Sans doute elle est chez elle le matin, le soir et un instant au milieu du jour, mais ce sont les heures où précisément le médecin inspecteur ne peut passer chez elle. La conclusion est que, une fois sur trois au moins — on voit que nous n'exagérons pas — le médecin trouve porte close. Peut-être pourra-t-il repasser et être plus heureux, mais parfois aussi la chose lui sera impossible. Dira-t-on qu'il n'a pas fait sa visite ? Trouvera-t-on indélicat que, le mois suivant, il porte deux signatures sur le carnet ?

Il peut arriver encore qu'en allant voir un malade, le médecin trouve dans la maison de ce malade la nourrice qui, munie de son nourrisson est venue faire un bout de causette : il voit l'enfant, fait ses observations ou ses recommandations. — Exigera-t-on qu'il retourne chez la nourrice pour signer le livret ? le blâmera-t-on, si le mois suivant, il consigne deux signatures ?

Mais, autre chose, le médecin est débordé par les malades, ses minutes sont comptées, il n'a pas le temps de s'arrêter, il croise dans la rue nourrice et nourrisson et *de visu* constate la bonne mine et l'état florissant du poupon — cela ne peut-il suffire encore ?

Ce n'est pas tout : le règlement parle de visites mensuelles, il exige une visite chaque mois et ne tient pas compte des visites multiples qui peuvent être faites dans le mois. Le médecin aura pu faire cinq, six, dix visites en janvier et recommencer en mars, il sera taxé de négligence s'il n'a pas signé en février : aussi lui arrive-t-il, après avoir consigné une visite le 5 janvier par exemple, s'il repasse le 30, de signer 1er février. Que l'inspecteur passe à son tour, il ne manquera pas de relever ce fait qu'au 31 janvier il a trouvé une signature en date du 1er février et de traiter de haut le médecin indélicat !

Et combien de fois, la visite étant effectuée dans la forme voulue et à l'époque précise, le médecin inspecteur ne peut-il la consigner sur le livret parce que celui-ci ne peut lui être présenté ?

Théoriquement la nourrice ne doit pas se dessaisir du livret, mais, dans la pratique, elle ne l'a bien souvent pas chez elle.

Il est à la mairie, ou bien chez le percepteur, s'il s'agit d'enfants assistés ; ou bien encore chez les parents de l'enfant qui l'ont emporté ; il est encore chez le *meneur* qui, chaque mois, se fait envoyer les livrets pour y consigner le paiement du salaire : un si gros personnage ne saurait se déranger !

Et qu'on ne croie pas que ces voyages du livret durent un jour ou deux seulement ; c'est parfois des semaines qu'il faut compter.

Enfin étonnerons-nous beaucoup en disant que souvent le livret est perdu et ne se retrouve pas ? que beaucoup plus souvent il est si bien rangé qu'on ne le retrouve pas davantage ?

Ici pas de livret, là ni plume ni crayon — la chose est plus fréquente qu'on ne saurait le dire, et, comme conséquence, lorsque l'inspecteur départemental fait sa tournée, des lacunes, des séries de signatures qui faites, le même jour, se reconnaissent à la couleur de l'encre ou à la grosseur du trait — puis commentaires désobligeants pour le médecin-inspecteur faits devant la nourrice et consignation au rapport annuel d'exemples multiples de négligence et d'indélicatesse.

On va peut-être nous répondre que tous ces faits sont connus, qu'on en tient compte, et que d'ailleurs ils n'expliquent pas tout — c'est possible, mais nous objecterons, à notre tour, que c'est sur la multiplicité des faits particuliers que se fonde une opinion générale : or plus de 90 pour cent de ces faits particuliers trouvent leur explication dans les faits que nous venons de rapporter.

Il y a bien des années que, personnellement, nous nous occupons de la protection de l'enfance : nous nous en occupions avant le vote de la loi et certes, nous ne nous sommes pas désintéressé depuis sa mise à exécution : et bien ! nous croyons pouvoir affirmer que jamais il ne nous a été possible, pour un seul enfant, de remplir à la lettre les exigences du règlement !

Nous avons pu faire, dans le cours d'une année, vingt-cinq, trente, quarante visites à un enfant — jamais nous n'avons pu consigner, mois par mois, sur le livret, les douze visites réglementaires !

Nous avons, sans le moindre scrupule et avec la conscience la plus entière du devoir accompli, porté du même coup deux et trois signatures — cela ne voulait pas dire que nous n'avions pas vu l'enfant depuis trois mois ; cela signifiait simplement que pour une cause ou pour une autre, nous n'avions pas pu, les mois précédents, faire la consignation de notre visite.

Et parce que la pratique nous a démontré les difficultés matérielles de l'exécution du règlement en vigueur, nous comprenons les doléances de nos confrères.

Quand ils nous affirment faire leur possible, nous les en croyons et n'attachons aux constatations des rapports officiels qu'une bien mince valeur : nous avons de leur dire une preuve qui nous suffit : c'est l'énorme diminution constatée dans les décès des nourrissons, et nous savons que cette diminution est due à leur action propre et non aux énormes paperasseries des mairies ou des préfectures.

Qu'on ne soit pas encore satisfait du résultat obtenu et qu'on veuille plus encore, nous y souscrivons de grand cœur, car nous croyons la chose possible ; mais pour cela il faut modifier les règlements, en les simplifiant, il faut surtout et avant tout fortifier l'influence et l'action du médecin inspecteur.

C'est grâce à lui qu'on a pu faire un peu de bien, c'est grâce à lui qu'on en pourra faire davantage. Il y a donc peut-être mieux à faire pour le moment que de l'accuser de négligence ou d'indélicatesse.

Dr K***.

REVUE DE CHIRURGIE

I. L'uréthrotomie interne. — II. Néphrorrhaphie pour rein flottant. — III. Traitement des rétrécissements de l'urèthre. — IV. Suture osseuse dans les fractures de la rotule. — V. Traitement du pied bot varus équin. — VI. Des injections d'eau chaude dans le traitement du cancer du col de l'utérus. — VII. Traitement des anévrysmes artériels.

L'URÉTHROTOMIE INTERNE

Le Dr H. Hartmann (1) vient de publier une revue très intéressante et pleine de détails pratiques sur cette opération qu'il considère comme excellente pour permettre consécutivement la dilatation des rétrécissements de l'urèthre.

MANUEL OPÉRATOIRE. — *Instruments.* L'uréthrotomie la plus simple est celle qu'on pratique d'avant en arrière avec l'uréthrotome de Maisonneuve. Cet uréthrotome se compose d'un conducteur métallique courbe, pourvu dans toute sa longueur d'une cannelure sur sa concavité ; ce conducteur porte à son extrémité un pas de vis qui lui permet de se visser sur une bougie conductrice, armée d'un embout métallique. Un anneau, placé sur la tige de ce conducteur, indique la situation de la convexité de sa courbe et permet en même temps de le tenir solidement lorsqu'il est engagé dans l'urèthre. Dans la rainure du conducteur glisse une lame coupante de forme triangulaire, à sommet mousse, écartant la paroi uréthrale, à base portée sur un mince mandrin métallique. L'uréthrotome possède encore une mince tige métallique qui peut aussi se visser sur l'extrémité de la bougie armée et guider la sonde à bout coupé qu'on introduit dans l'urèthre après l'opération.

2° *Soins préliminaires.* Le passage du cathéter est facilité par l'introduction préliminaire d'une bougie armée qu'on laisse à demeure pendant une nuit ; cette pratique est bonne dans le cas de rétrécissement fibreux très dur et très serré où le contact prolongé d'un instrument n'est pas cause d'accident.

L'ingestion de tisanes diurétiques (graine de lin, uva ursi, etc.), n'a pas grande utilité ; il est plus important de chercher, comme le fait M. Terrier, à obtenir, dans la mesure du possible, *l'antisepsie vésicale* et celle de l'urèthre. On y arrive en donnant à prendre au malade, sous forme de solution, du biborate de soude qui passe dans les urines sous forme d'acide borique. Un malade peut prendre sans accident 15 à 17 gr. de borax dans les 24 heures, soit 5 gr. 50 à 6 gr. 50 d'acide borique ; mais 4 gr. de borate de soude par jour suffisent à assurer l'asepsie des urines (F. Terrier).

On donnera, comme fébrifuge ou antiseptique, la veille et le matin de l'opération, 60 centigr. de sulfate de quinine ; ce sel pourra être continué à doses faibles (20 centigr.) pendant les trois ou quatre jours qui suivront.

Enfin il est utile, comme pour toute opération, de purger le malade l'avant-veille ou tout au moins de lui donner la veille au soir, un lavement additionné de quelques cuillerées de glycérine ou de gros miel.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 4 janvier 1889.

3° *Opération.* Les instruments qui doivent servir pendant ou après l'opération (uréthrotome, bougie conductrice, sonde à bout coupé) sont plongés dans une solution phéniquée forte, au 1/20e, solution faite avec de la glycérine et sans alcool qui détériore les sondes. Avant d'introduire les instruments dans le canal, on les graisse en les trempant dans de l'huile phéniquée au 1/40e. Un litre d'eau boriquée à 30 p. 1000 est mis à tiédir au bain-marie : on s'en sert après l'opération pour laver la vessie.

Avant de commencer l'opération, on s'assure que tous les instruments sont en bon état et fonctionnent bien.

Le malade est placé dans le décubitus horizontal, dans le lit, où il restera après l'opération. On lave avec soin le gland et le prépuce avec une solution phéniquée au 1/40e. On assure, autant que possible, l'antisepsie du canal en y faisant des injections boriquées à l'aide d'une seringue (Guyon).

L'anesthèsie générale est le plus souvent inutile. Cependant, chez les malades très pusillanimes, M. Guyon a recours à une anesthésie relative, au chloroforme dit « à la reine ». — L'anesthésie locale par la cocaïne peut être utilisée, on se sert de l'instillateur de M. Guyon et on porte avec une bougie de très petit calibre, au niveau du rétrécissement le plus profond, une vingtaine de gouttes d'une solution de cocaïne au 1/20e.

L'introduction de la bougie armée conductrice ne présente en général rien de spécial ; lorsqu'on est sûr qu'elle est bien placée et qu'elle a pénétré jusque dans la vessie, on visse sur son armature le cathéter courbe, cannelé sur la concavité. On s'assure que le pas de vis tient bien et qu'il n'y a pas à craindre de perdre la bougie dans la vessie au retour. Le cathéter est introduit dans l'urèthre, comme dans le cathétérisme ordinaire ; c'est dire qu'il faut user de douceur et de patience.

Lorsque le cathéter est en place, on fait la section du ou des rétrécissements. On prend une lame mesurant 21 ou 23 à la filière Charrière ; on emploie le plus souvent la lame 23 ; toutefois, dans le cas de rétrécissement très serré, dur, M. Guyon conseille de ne prendre que la lame n° 21. On glisse cette lame dans la rainure du conducteur ; mais, avant de la pousser, on s'assure que ce cathèter conducteur est bien placé, qu'il est oblique en haut et en avant. Il ne faut pas abaisser le pavillon de l'instrument entre les jambes : par ce mouvement de bascule, on déterminerait une élévation trop considérable de la portion profonde de l'instrument et on serait ainsi exposé à couper les plexus de Santorini. L'aide tient le cathéter immobile pendant la section ; l'opérateur, tenant la verge entre le pouce et l'index gauche, pousse de la main droite la lame en toute confiance : le double passage de la lame, à l'aller et au retour, suffit à assurer une section suffisante.

La section faite, on retire le cathéter, on le dévisse et on le remplace sur l'armature de la bougie par la tige droite qui sert à conduire la *sonde* qu'on laisse à demeure. M. Guyon insiste beaucoup pour que cette sonde soit de *calibre moyen*. On prend une sonde n° 16 à 18, à bout coupé, assez souple, pourvue de deux yeux latéraux. Cette sonde est trempée dans l'huile phéniquée et enfilée sur la tige qui a remplacé le cathéter, puis sur la bougie ; on la conduit ainsi à l'intérieur

de la vessie, sans léser en quoi que ce soit les parois uréthrales. Bougie et tige sont retirées. On fait un lavage boriqué de la vessie ; puis on place la sonde de manière à ce qu'elle donne lieu à un écoulement continu d'urine ; lorsque le goutte à goutte s'est établi, on la fixe, on y ajoute un bout de tube de caoutchouc, et l'on place l'extrémité de celui-ci dans un urinoir qui contient de la solution boriquée.

4° *Soins consécutifs.* — M. Guyon laisse la sonde à demeure pendant quarante-huit heures. Pendant ce temps, on assure la perméabilité de la sonde à l'aide d'injections boriquées douces ; puis on enlève la sonde après avoir fait un lavage boriqué de la vessie. Le lendemain ou le surlendemain de l'ablation de la sonde, le malade peut se lever en ayant soin de ne pas prendre froid. Quinze jours encore après l'opération, il est utile de passer quelques bougies, lors de rétrécissements très durs, en particulier de rétrécissements traumatiques. Dans les autres cas, on peut attendre quelques semaines sans le moindre inconvénient (Guyon). On commence la dilatation par des bougies 17 et 18, et après avoir passé quelques numéros, on continue la dilatation par les béniqués.

L'opération, pratiquée avec soin, est presque inoffensive, puisque sur 1.000 uréthrotomies M. Guyon n'a perdu que 6 malades du fait de l'intervention, soit 1/2 p. 100. Les complications qu'on a observées (hémorrhagie, fièvre, infiltration d'urine, infection purulente, orchite, prostatite, etc.), sont dues le plus souvent à des fautes opératoires.

Les indications de l'uréthrotomie interne ont été ainsi résumées par le professeur Guyon : « L'uréthrotomie est indiquée dès que la dilatation est insuffisante, impuissante, nuisible ou dangereuse » ; c'est dire qu'on y aura recours, dans les cas de rétrécissements durs, résistants, cicatriciels, lorsqu'il y a une complication d'un rétrécissement telle qu'une fausse route, de la rétention partielle d'urine, des accès de fièvre répétés, etc. Toutefois, l'infiltration d'urine est, pour M. Guyon, une véritable contre-indication. En résumé, comme le dit fort bien Hartmann, l'uréthrotomie n'est pas une rivale, c'est un auxiliaire de la dilatation.

NÉPHRORRHAPHIE POUR REIN FLOTTANT. — TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE PAR L'ÉLECTROLYSE.

Signalons deux communications récentes à l'Académie de médecine :

a) L'une de M. Terrillon qui a pratiqué avec succès la néphrorraphie chez une femme dont le rein gauche était devenu mobile, très volumineux et très douloureux. Depuis l'opération, la malade ne souffre plus et le rein semble diminuer progressivement de volume. Le procédé opératoire a consisté à comprendre dans les sutures non seulement la capsule graisseuse, mais encore la capsule du rein et même une portion superficielle du rein lui-même. Ce plan de sutures donne une solidité plus grande et une plus grande épaisseur aux adhérences : le rein est aussi fixé plus solidement aux plans profonds de la paroi abdominale postérieure.

b) L'autre communication est de M. *Lavaux* qui déclare que, d'après les faits qu'il a observés, l'électrolyse ne donne pas dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre les résultats durables qu'elle avait fait espérer. L'électrolyse linéaire ne guérit pas plus d'une façon définitive les rétrécissements de l'urèthre que l'uréthrotomie interne ou la divulsion. D'après M. Lavaux, le traitement de choix serait la dilatation rapide dont le champ s'est étendu depuis qu'au moyen du lavage il a pu mieux réaliser l'asepsie de l'urèthre et de la vessie.

SUTURE OSSEUSE DANS LES FRACTURES DE LA ROTULE. TRAITEMENT DU PIED-BOT VARUS.

Parmi les discussions soulevées à la Société de chirurgie, nous en notons deux : l'une sur les fractures de la rotule, l'autre sur le traitement du pied-bot varus.

A propos d'un malade guéri d'une fracture de rotule par la griffe de Duplay, malade présenté par M. Chaput, M. L. Championnière se déclare partisan de la suture osseuse comme traitement de ces fractures. L'opération est d'autant plus facile et plus favorable, qu'elle est pratiquée à une époque plus rapprochée de l'accident. Lorsqu'on intervient de bonne heure, il est aisé de débarrasser l'articulation du sang et des caillots qu'elle renferme ; plus tard l'opération est rendue plus difficile par suite des brides et des tissus fibreux interposés entre les fragments (Kirmisson) ; en ayant la précaution de réunir les fragments au moyen de deux ou trois fils, on a plus de chance d'obtenir un cal osseux ou en tout cas un cal fibreux solide. M. L. Championnière pense donc que la suture osseuse donne d'excellents résultats sans faire courir aucun péril, lorsqu'on est bien certain de l'appliquer avec toutes les précautions antiseptiques et sans qu'il soit besoin d'user de l'immobilisation.

Pour M. Després, la suture n'est pas indispensable pour obtenir un bon résultat : si des insuccès sont parfois signalés au passif du traitement ordinaire, ils sont dus à ce que les appareils compressifs sont insuffisants ou mal appliqués, à ce que le membre n'est pas mis dans une situation suffisamment élevée. M. Després concède pourtant que la suture peut être tentée lorsqu'on se trouve en présence de fractures itératives, alors que les autres moyens semblent impuissants. M. Kirmisson pense également qu'il n'est juste d'entreprendre cette suture que d'après certaines indications au nombre desquelles il faut compter les cas de fractures itératives.

A propos d'une observation de M. Lebec sur les bons effets du traitement du pied bot varus équin par l'ablation de l'astragale et du scaphoïde, suivie de la section sous-cutanée du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, M. Schwartz recommande la tarsotomie postérieure comme excellent traitement des formes invétérées du pied bot varus équin. C'est aussi l'avis des divers membres de la Société de chirurgie, L. Championnière, Berger, Quénu, Le Dentu, qui prennent part à la discussion. M. Berger fait quelques réserves pour les cas où il y a enroulement du pied : quand il y a prédominance de cet enroulement, on a avantage à associer à l'ablation de l'astragale, la résection partielle du calcanéum préconisée par Schwartz et par Gross.

DES INJECTIONS PROLONGÉES D'EAU CHAUDE DANS L'ÉPITHÉLIOMA DU COL DE L'UTÉRUS (1).

L'eau chaude est de plus en plus employée dans la pratique gynécologique : M. de Tornery en vante les bons effets comme traitement palliatif,

(1) *France médicale*, 24 juillet 1888.

lorsque la première période, dite latente, du cancer du col de l'utérus a disparu pour faire place à une phase plus accusée où surviennent les douleurs, les hémorrhagies, l'écoulement ichoreux caractéristique.

Dans ces conditions, les injections d'eau chaude à la température de 39° à 40° prolongées, c'est-à-dire continuées au moins pendant une demi-heure, et faites deux fois par jour, une le matin et une dans l'après-midi vers 4 heures désinfectent très bien le vagin : elles nettoient complètement ce canal et en diminuent considérablement la sécrétion ichoreuse, ce qui n'est pas un mince avantage pour la malade et son entourage.

Les injections d'eau chaude prolongées atténuent singulièrement les pertes de sang; il en résulte une amélioration dans l'état général. L'action hémostatique bien connue de l'eau chaude suffit parfaitement pour expliquer l'arrêt des hémorrhagies.

Dans la majorité des cas, les douleurs sont très amoindries et l'on n'a plus besoin de recourir aux piqûres de morphine qui souvent dépriment le système nerveux et contribuent à enlever le peu d'appétit qui reste.

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES ARTÉRIELS (1).

Le traitement des anévrysmes artériels est un de ceux que l'antisepsie a modifiés le plus lentement, puisque la plupart des chirurgiens préfèrent encore les procédés non sanglants. Toutefois une évolution dans le sens de l'intervention opératoire est en train de se faire : M. Reclus la signale et l'étudie en s'appuyant sur les articles publiés par Pierre Delbet, dans la *Revue de chirurgie*, et sur un mémoire encore inédit de M. Félix Brun.

Les méthodes imaginées contre les anévrysmes artériels sont presque innombrables ; cependant on n'a plus guère recours qu'à la flexion forcée (du moins lorsqu'il s'agit d'un anévrysme poplité), à l'enveloppement du membre avec la bande d'Esmarch, à la compression digitale, enfin à la ligature de l'artère et à l'incision ou à l'excision du sac.

La *flexion forcée* est très douloureuse, d'autant qu'il la faut parfois très énergique et que pour arrêter le cours du sang dans le sac, le talon doit être au contact de la fesse. Lorsqu'elle est supportée, elle ne donne qu'une proportion de 36 à 42 % de succès ; parfois les échecs s'accompagnent de raideurs musculaires, d'arthrites, de rupture du sac et de gangrène. C'est un procédé infidèle : Delbet pense que son emploi doit être limité aux cas fort rares où l'anévrysme, développé sur un sujet jeune, sans tare organique appréciable, sans lésion articulaire du genou, est petit, à parois épaisses et présente une grande tendance à la guérison spontanée.

La *compression élastique* a sur la flexion forcée l'avantage d'être applicable à tous les anévrysmes des membres ; mais c'est une méthode qui doit être rejetée en raison de l'énorme proportion d'insuccès (40 succès contre 43 échecs), en raison des douleurs que provoque la bande élastique si l'on ne recourt pas à l'anesthésie, en raison des accidents qui peuvent survenir du fait de la compression et de ceux auxquels elle prédispose si on est forcé plus tard de recourir à la ligature. C'est d'ailleurs le plus compliqué et le moins efficace des procédés non sanglants.

La *compression indirecte* est, de toutes les méthodes non sanglantes, celle qui mérite le plus d'être conservée : la compression digitale en est le procédé le plus simple et le plus efficace. Elle doit, autant que possible, être totale, continue et alternative, c'est-à-dire supprimer d'une manière absolue la pénétration du sang dans le segment inférieur de l'artère, ne jamais être interrompue tant que dure la séance et s'exercer successivement sur divers points du trajet du vaisseau pour éviter les souffrances trop vives. Les inconvénients de cette méthode sont les mêmes, bien qu'atténués, que ceux de la flexion forcée et de la compression élastique : ce sont la douleur, la lenteur de la solidification du sac, des insuccès trop fréquents, de l'inflammation et de la gangrène ; il faut même ajouter un accident particulier à la méthode, la formation possible d'un nouvel anévrysme au point de compression.

En raison des complications et des insuccès auxquels donnent lieu les procédés non sanglants, le chirurgien doit recourir aux méthodes sanglantes plus rapides, plus efficaces, et malgré qu'on en ait dit, moins dangereuses. Deux procédés sont ici en présence : la *ligature* préconisée par M. Brun, d'accord en cela avec Syme, Bardeleben, Poinsot, Championnière, Lister ; *l'extirpation du sac* pratiquée par un certain nombre de chirurgiens et défendue dans son mémoire par P. Delbet.

D'après M. Reclus, l'avenir est à la ligature qui deviendra sous peu la méthode de choix. Les hémorrhagies secondaires et les suppurations du sac qu'on lui objectait ont déjà disparu avec l'antisepsie ; la gangrène deviendra très rare lorsqu'au lieu d'intervenir sur un membre déjà préparé au sphacèle par la flexion forcée ou la bande élastique, on ira de prime abord à l'artère avec un fil bien aseptisé. L'extirpation sera réservée au cas où la tumeur menace de s'enflammer ou de se rompre et surtout à ceux où les nerfs inclus dans les parois sclérosées du sac provoquent des troubles trophiques et des paralysies qu'on guérira ou qu'on atténuera par la dissection attentive et le dégagement des cordons nerveux.

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 21 déc. 1888.

CORRESPONDANCE

L'inspectorat des eaux minérales.

Nous recevons du *Comité de l'Union des Médecins libres des stations thermales*, la lettre et la note suivantes :

Monsieur le Rédacteur en chef,

A cette époque de l'année, les médecins des stations thermales sont dispersés. C'est pourquoi nous prenons la liberté de recourir à votre obligeant intermédiaire et à la publicité de votre journal pour porter à leur connaissance la communication ci-dessous.

En l'insérant, vous obligerez les 250 confrères que nous représentons actuellement, c'est-à-dire presque tout le corps médical des villes d'eaux.

Agréez, etc.

LE COMITÉ.

Paris, 8 février 1889.

Chers Confrères,

Dès que nous avons appris le rattachement au Ministère de l'Intérieur des services d'hygiène

dont dépendent les eaux minérales, nous avons demandé une audience à M. le Ministre de l'Intérieur, pour l'entretenir de l'inspectorat.

M. le Ministre a bien voulu nous rappeler qu'il se souvenait de ce qui lui avait été dit sur ce sujet à Royat, il y a trois ans, par une délégation de toutes les stations thermales du centre. Il nous a mis, séance tenante, en rapport avec M. Monod, directeur de l'Assistance publique en France.

Nous avons exposé à M. Monod que nous avions reçu de la presque unanimité des médecins exerçant dans les stations thermales la mission de faire supprimer le privilège inique et inutile de l'inspectorat, et que rien ne nous avait découragés ni ne nous découragerait dans l'accomplissement de cette tâche.

Avec la franchise, l'esprit de décision et d'initiative que lui reconnaissent tous ceux qui l'approchent, M. Monod nous a dit expressément :

« Que l'existence de l'inspectorat ne se justifiait guère à ses yeux que par la nécessité pour l'administration d'assurer le service des indigents envoyés par elle dans les stations thermales ;

« Que, du reste, il admettait difficilement que ce service fût fait par les inspecteurs sans que ces inspecteurs fussent rémunérés par l'administration ;

« Que la gratuité de tels services lui paraissait dangereuse *et même immorale* ;

« Que partout où, soit par les conseils municipaux, soit par les médecins, les soins aux indigents malades seraient assurés dans des conditions acceptables, l'inspectorat pourrait sans inconvénient disparaître, mais que le service des indigents devrait être organisé de manière à ce qu'ils fussent non seulement régulièrement et convenablement soignés, mais encore renseignés dès leur arrivée sur les noms et adresses du médecin chargé plus spécialement du service et des autres médecins entre lesquels ils resteraient libres de choisir. »

Nous avons répondu à M. le Directeur de l'Assistance publique que le service des indigents — *palladium* de l'inspectorat — était chose beaucoup plus simple que les intéressés ne le disaient ; que jamais les médecins libres n'avaient refusé de soigner les indigents ; que cela avait été reconnu formellement par le gouvernement dans l'exposé des motifs de la loi qui a supprimé tout traitement aux inspecteurs, et que cette objection, invoquée contre nous depuis si longtemps, n'était que le manteau d'un abus.

A l'œuvre donc, chers confrères, dans le sens des préoccupations si naturelles et si honorables de M. le Directeur de l'Assistance publique.

Les mesures qu'il conviendra de prendre varieront plus ou moins suivant les stations. Nous ne saurions entrer ici dans le détail sans abuser de l'hospitalité que la presse médicale veut bien nous donner pour arriver à vous, mais le Comité qui a vos pouvoirs est à votre entière disposition. Et en attendant que l'ouverture de la saison thermale prochaine permette les réunions et les décisions collectives, nous pouvons, dès à présent, pour beaucoup de stations, faire un tout des engagements individuels qui nous parviendront. La chose dépend de vous.

Pour tous renseignements et envois de pièces vous n'aurez qu'à vous adresser au secrétaire du Comité (M. le Dr Janicot, 27, rue de Berne, Paris).

LE COMITÉ.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Le mouvement syndical dans la Sarthe.

Nous sommes heureux de constater le mouvement qui s'opère en ce moment dans le département de la Sarthe en faveur de la création de petits syndicats régionaux. Nos lecteurs trouveront avec plaisir, nous n'en doutons pas, le compte rendu de la réunion du 23 novembre, au Mans, que M. le Dr Charbonnier, Président de l'association locale et du syndicat de Saint-Calais, a bien voulu nous faire parvenir. Ils constateront aussi avec bonheur que notre excellent directeur et ami, le Dr Cézilly, est toujours infatigable et toujours sur la brèche quand il s'agit de vulgariser les œuvres du Concours et de répandre les idées de solidarité, de défense, de protection et de bienfaisance professionnelles.

AD. BARAT-DULAURIER.

DISCOURS DE M. LE Dr CHARBONNIER.

Messieurs et chers Confrères,

Il y a quatre ans, un tout petit groupe de médecins de la Sarthe et de Loir-et-Cher, dans la pensée unique de défendre leurs intérêts et la dignité de notre profession, se sont unis, déclarés solidaires et ont fondé le syndicat médical de la région de Saint-Calais.

Son existence, quoique bien humble, ne s'est pas déroulée sans lui acquérir estime et bonne renommée. Il a vu ses règles déontologiques, ses statuts et son tarif adoptés par plusieurs syndicats ses puinés. Il a maintenu des relations bienveillantes entre tous ses membres. Dès que la reconnaissance de ses droits en justice à tort contestés lui seront restitués, on le verra attaquer en face l'exercice illégal, ce protée habile qui envahit et déshonore la carrière médicale.

Pour arriver à ces fins, qu'a-t-il fallu ? De l'entente, du bon vouloir et l'amour fier de notre profession. — Il n'est pas encore satisfait ; il a résolu que son existence de frontière l'isolait, et, convaincu que l'action d'un syndicat solitaire, quasi perdu, aussi bien que la personnalité livrée à elle-même de chacun des membres de la famille médicale, restait faible, nulle et impuissante, il a fait un appel au corps médical Sarthois, le priant de ne plus le laisser seul à l'avant-garde et lui demandant de se masser à ses côtés, en corps de soutien et de réserve.

Son appel a été entendu, des adhésions nombreuses lui ont été adressées ; notre syndicat a pensé que le moment était venu de les réunir et de tenter la fondation de groupes frères, que nous appelons et attendons de grand cœur.

Jamais plus qu'aujourd'hui, la réunion en un seul faisceau de l'action individuelle des médecins n'a été plus commandée.

Tandis que le combat pour l'existence devient chaque jour plus malaisé et plus terrible, le médecin voit constamment empirer sa situation. Tout s'unit pour nous ruiner : les exigences de la clientèle ; les sociétés multiples, de quelque dénomination humanitaire qu'elles s'affublent, font

sans cesse appel à notre dévouement, on abuse de nos bons vouloirs. On nous couvre de fleurs, peut-être, mais on ne nous honore guère.

Les administrations, les assemblées dirigeantes s'emparent de nous, nous imposent de nouveaux travaux — sans nous consulter. En récompense, on ne respecte pas même notre dignité professionnelle, on nous fait régenter et conduire par des plumitifs. Et nous n'avons rien à dire; ne sommes-nous pas rétribués pour cela? Et, je puis vous l'affirmer, c'est naïvement et en toute bonne foi que l'on nous traite ainsi.

Et les tribunaux? Sans cesse ils réclament notre concours; comment nous récompensent-ils? en nous appliquant des règlements vieillis et des tarifs qui ne sont plus de notre temps. En revanche, ils nous dénient dans des arrêts foudroyants le droit sacré de nous défendre en refusant, bien entendu, de nous protéger.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que nous faisons entendre ces justes doléances; ce n'est pas d'hier non plus que l'on a cherché la consolation et les satisfactions à lui accorder. L'Association a tenté de couvrir de son égide et de réunir sous sa bannière toute la famille médicale.

Dans notre département, deux associations existent : l'une, déjà vieille, n'a pour but que de réunir les confrères du département dans une atmosphère fraternelle, afin de maintenir entre confrères l'union et les meilleures relations. *C'était bien.* Cette compagnie a eu une longue et honorable existence, mais son but et son action suffisent-ils aux jours que nous traversons ?

Plusieurs médecins, et je suis de ce nombre, ne l'ont pas cru. Ils ont voulu faire adopter à notre aînée le principe de la mutualité et de la prévoyance. Longtemps ils ont lutté ; que voulez-vous que l'on fasse contre des préjugés et des partis pris? Ils ont échoué. C'est alors que nous sommes entrés dans l'Association générale des médecins de France. La société locale de l'Association des médecins de la Sarthe, quoique jeune encore, possède de fort jolis états de service, dont, je vous le déclare, elle est très fière et très heureuse. Sous peu, nous l'espérons, cette institution d'assistance mutuelle va élargir sa sphère d'action par la création de caisses de secours en cas de maladies et de rentes en faveur de nos veuves et nos orphelins. Alors, en voyant le médecin muni d'une entière sécurité dans sa carrière, nous dirons à nos anciens, aux heureux que nous ne considérerons jamais comme des adversaires : Chers confrères, la famille médicale Sarthoise, n'est divisée que par si peu de chose, qu'il est temps d'y mettre fin, nous vous tendons la main, donnez-nous la vôtre et marchons unis sous la bannière des Rayer, des Tardieu, des Roger, des Latour et des Brun, et les plus récalcitrants de nos aînés diront alors : Décidément, *c'est mieux.*

Mais notre association peut-elle suffire à tout ? Peut-elle prendre les mesures journalières nécessaires pour défendre le corps médical contre les difficultés de sa profession ? Non ; laissons-lui sa magnifique carrière et pour le reste, ne nous fions qu'à nous-mêmes. Créons, multiplions nos syndicats. Ne vous attendez pas à ce que je vous explique leur fonctionnement; j'ai, par bonheur, à mes côtés le zélé promoteur de cette institution, le directeur du *Concours médical* et vice-président de l'Union des Syndicats; vous allez entendre sa voix si autorisée, si compétente et, après l'avoir entendue, je ne doute pas que vous ne vous mettiez immédiatement à l'œuvre. Permettez-moi d'adresser à notre confrère Cézilly, en notre nom à tous, les plus chauds remerciements pour le dévouement gracieux qu'il a mis à nous venir en aide.

Croyez-moi, chers confrères, syndiquez-vous, ne vous groupez pas en de trop vastes régions, ne soyez pas trop nombreux. Les petits syndicats, à mon avis, sont les meilleurs, tous les membres s'y connaissant, on y vit des mêmes habitudes, avec les mêmes coutumes locales ; la vie médicale y est toute à nu, connue de tous et, le cas échéant, ce sont des amis qui règlent les contestations, les malentendus qui peuvent naître entre confrères ou entre des confrères et leurs clients. Tout s'y passe en famille; ce sont, croyez-le bien, les meilleurs Conseils de l'Ordre que nous puissions trouver. Les syndicats ont, de plus, l'avantage d'une action préventive, leur compétence toute de paix et de conciliation rend ainsi inutile la création de ces conseils d'ordre si pompeusement réclamés. Tristes signes des temps, qu'ils aient pu sembler nécessaires !

Les syndicats vous donneront-ils l'âge d'or, vous promettent-ils un Eldorado merveilleux? Non, assurément, mais ils vous fournissent une arme maniable, à votre portée, pour défendre notre belle profession à chaque instant menacée et dédaignée.

Je termine, en vous répétant qu'en vous convoquant ici le Syndicat de Saint-Calais n'a eu aucune pensée de direction. Il vous dit simplement : faites comme moi, unissez-vous, gouvernez vous-mêmes vos intérêts, prêtez-moi votre concours, comme je vous offre le mien, marchons unis et combattons pour l'honneur et la défense de la profession médicale ».

Réunion du bureau de l'Association des médecins de la Sarthe.

Vendredi 23 novembre 1888, le directeur du Concours médical, appelé dans la Sarthe par le syndicat régional de Saint-Calais, afin de l'aider à étendre l'action de cette institution dans tout le département, s'est rendu au Mans où l'a reçu le Dr Charbonnier, président du syndicat, son collègue comme Président de l'Association des médecins de la Sarthe, société agrégée à l'Association générale.

A une heure se tenait à la mairie du Mans la réunion du bureau de l'association. Après avoir expédié une série d'affaires d'ordre intérieur et local, M. le Président présente à ses collègues M. le docteur Cézilly, qui a bien voulu venir l'aider de ses conseils et de sa parole à organiser les syndicats Sarthois. — Il annonce que M. le directeur du Concours désire exposer à l'association une série d'améliorations à introduire dans le fonctionnement de l'Association générale, mesures qui feraient de cette institution un arsenal complet de protection et de prévoyance professionnelle. — M. le président ayant donné la parole à M. Cézilly, celui-ci commence par faire l'éloge de tout le bien qu'a déjà fait l'Association générale. Il vante les nombreux secours accordés, les rentes viagères, mais il critique le but que son bureau recherche, c'est-à-dire l'accumulation de capitaux. Une société d'assistance doit être riche, sans doute aucun ; mais elle doit dépenser ses ressources à secourir et à assurer tous ses sociétaires contre les malheurs qui peuvent les assail-

lir. Elle secourt, elle crée des rentes viagères ; elle entretient des pupilles, c'est bien ; mais elle a en caisse plus d'un million, elle devrait fonder une caisse spéciale pour les médecins malades, et une autre pour leurs veuves et leurs enfants. Ah ! si ces deux fondations pouvaient se réaliser, l'Association ne tarderait pas à voir toute la famille médicale réunie sous son drapeau, l'assistance serait complète et nous ne rencontrerions plus ni hésitants ni adversaires.

M. Cézilly, reproduisant la communication faite par lui à la réunion du Concours, indique les moyens d'arriver à faire rapidement fonctionner ces institutions si urgentes et si nécessaires. Il termine en engageant le bureau de l'Association à étudier ses propositions et le prie de les appuyer à l'assemblée générale de 1889.

M. le Président, au nom du bureau, remercie le Dr Cézilly de sa communication, et d'avoir bien voulu lui apporter son bienveillant et zélé concours. Sur sa proposition, le bureau vote son adhésion pleine et entière aux propositions de M. Cézilly, décide que ces questions seront portées et discutées à la prochaine réunion de l'Association, laquelle émettra le vœu que l'Association générale les mette à l'étude ; enfin que son délégué sera impérativement chargé de les soutenir et appuyer au nom de l'association des médecins de la Sarthe à l'assemblée générale.

Réunion des médecins du département de la Sarthe convoquée par le Syndicat de St-Calais à l'effet de créer des syndicats dans le département.

Le même jour, au même lieu, à deux heures, s'est tenue une réunion des médecins de la Sarthe convoquée par le syndicat régional de St-Calais, dans le but d'étendre l'institution des syndicats à tout le département.

De nombreux adhérents sont présents ; d'autres se sont fait excuser et ont envoyé pouvoir de voter pour eux au président du Syndicat de St-Calais ; l'assemblée nomme président et secrétaire les docteurs Charbonnier et Obel, président et secrétaire du Syndicat de St-Calais.

M. le Président expose rapidement la fondation et la marche heureuse du syndicat qu'il représente. Depuis 4 ans il vit et a manifesté son existence par des décisions et des publications qui ont été adoptées par des syndicats créés depuis.

Ce n'est pas assez, il se trouve isolé ; il désire voir se ranger à ses côtés d'autres syndicats amis sur lesquels il pourra s'appuyer et auxquels il promet d'avance tout son appui et son dévouement ; il expose les souffrances, les attaques incessantes que subit la profession médicale, l'existence difficile, l'absence de toute protection.

Sans doute, il y a l'Association générale mais tous les confrères n'en font pas partie et puis l'association à une carrière bien assez grande à parcourir, elle ne peut prévoir et repousser toutes les attaques auxquelles le médecin est à chaque instant exposé dans sa lutte de chaque jour pour l'existence. Il faut qu'à côté d'elle le syndicat agisse parallèlement et indépendamment et se charge de la protection professionnelle.

Que si l'Association générale fait siennes les améliorations proposées par le Dr Cézilly, la protection du médecin étant par elle complètement assurée, nul doute que toute hésitation, toute opposition ne cesse, et que nous puissions réunir en un seul faisceau la famille médicale tout entière. Alors, le syndicat viendra à son tour pour protéger, défendre, et faire respecter l'honneur, la dignité et les intérêts matériels sans cesse menacés du corps médical. Il tient surtout à faire ressortir que dans les syndicats il voit l'ordre des médecins, les chambres médicales organisées ; il croit que les petits syndicats sont les meilleurs ; chacun s'y connaît, on y apprend à s'estimer et le jour où les difficultés s'élèvent, ce sont des amis qui remplissent cette magistrature toute d'apaisement et de réconciliation ; il termine par un appel chaleureux aux médecins réunis pour fonder les syndicats dans les diverses régions de la Sarthe. Enfin il présente à la réunion le docteur Cézilly après l'avoir remercié de s'être rendu à son appel.

Nous ne pouvons rapporter l'allocution simple et tout à la fois entraînante du directeur du Concours. Il indique la marche à suivre, et ne désespère pas de voir, sous peu, la Sarthe munie d'une organisation syndicale complète. Il montre combien le médecin est livré sans défense à toutes les exploitations, combien son existence est dure et malaisée et surtout combien peu, société, pouvoirs publics qui ne se lassent pas de lui prendre son temps et jusqu'à sa vie, se préoccupent de le protéger. Seul, isolé, il ne peut rien espérer ; il faut réunir toutes ces forces éparses. Sans doute, l'Association générale a fait beaucoup de bien ; il espère que l'on pourra amener le bureau à accepter des innovations et que du côté de l'assistance elle sera bientôt complète ; mais son rôle ne comprend que l'assistance et la prévoyance ; le médecin a besoin de plus ; il lui faut défendre, relever et faire respecter sa position ; ce sont les Syndicats qui viennent compléter l'action de l'Association générale, en se chargeant de cette mission.

Enfin, il termine en appelant les confrères présents à se livrer à une ardente propagande et ne doute pas que leur appel ne soit entendu.

Les assistants se groupent par région et s'engagent à faire la propagande locale nécessaire et à organiser rapidement les syndicats d'arrondissement.

Sur cette bonne promesse, la réunion se sépare et chacun des médecins présents veut remercier M. le Dr Cézilly d'avoir bien voulu honorer de sa présence cette réunion où le principe des syndicats a reçu l'adhésion du corps médical sarthois.

REPORTAGE DE LA SEMAINE

Les lecteurs du *Concours Médical* trouveront dorénavant, sous ce titre, un choix de faits qui, trop peu saillants pour qu'on leur consacre un article dans le corps du journal, n'en présenteront pas moins, tout en étant resumés, un certain degré d'intérêt pour le corps médical.

—

A tout seigneur tout honneur :

A Mlle SCHULTZE

DOCTORESSE

Donc te voilà doctoresse,
Sainte ivresse !
Qu'il a palpité, ton sein
Quand, dans le vieil idiome,
Un diplôme
Te proclama médecin.

Donc, vous le voulez, mesdames !
Vous, ô femmes,
Vous le parfum, la beauté,
Vous l'amour, vous les caprices,
Les délices,
Le charme et la volupté.

Vous que tous, tant que nous sommes,
Faibles hommes,
Nous adorions à genoux,
Vous dont la vie était faite
Pour la fête,
Et les joyeux rendez-vous.

Vous dont la lèvre se pose
Fraîche et rose
Sur notre front soucieux,
Vous chez qui l'on allait rire
Et s'instruire
De riens très délicieux.

Vous vous mettez la cravate
D'Hippocrate
Et de Purgon le camail.
Adieu, délice et mystère,
Le clystère
A remplacé l'éventail.

Vous parlez anatomie,
O ma mie ;
Effroyable assassinat !
Si l'on vous dit : je t'adore,
Dis encore,
Vous répondrez Rubinat !

Sur le carnet aux quadrilles
Où les filles
Inscrivaient le danseur brun,
Vous écrivez des formules
De pilules
De kermès et de nerprun.

Vos yeux faits pour les extases
Dans les vases
Plongeront, en attestant
Que la matière « ineffable »
Est louable.
Ce sera bien dégoûtant.

Et quand l'époux que tu leurres,
Vers onze heures,
Voudra t'embrasser sans bruit,
Tu lui diras, infidèle :
On m'appelle
A la sonnette de nuit...

(*Figaro*.) ALBERT MILLAUD.

A propos de Fécondation. — A Leeds, en Angleterre, un médecin a publié une brochure dans laquelle il indiquait aux jeunes femmes le moyen de ne pas devenir enceintes.

Le Conseil général de Médecine l'a rayé de ses listes et les tribunaux ont confirmé cet arrêt.

Nous ne connaissons pas, en France, de publication semblable. En revanche, quelques médecins suivent l'exemple du Dr *Stellow* (?). Loin d'empêcher l'accroissement de la population, celui-ci, armé de sa seringue fécondante, a la prétention d'engrosser toutes les femmes qui recourent à son instrument.

Comme ses émules, Stellow aurait grand besoin des avertissements d'un Conseil général de Médecine Française.

Il faudra trouver moyen d'établir un tel Conseil !

A propos d'infanticide. — Le *Chicago Times*, voulant se rendre compte des facilités qu'accorde le corps médical américain aux pratiques infanticides, a envoyé à un certain nombre de médecins et de sages-femmes une jeune personne qui s'est présentée comme « *ayant eu des malheurs* » et désireuse de dissiper les conséquences de sa faute. Les uns se sont déclarés tout prêts; d'autres l'ont congédiée; certains lui ont fait de la morale et d'autres l'ont envoyée à deux « spécialistes ». La jeune personne ayant publié le récit de ses pérégrinations, un médecin nommé a entamé un procès.

Le béret des étudiants. — C'en est fait ! On avait pu croire tout d'abord qu'il s'agissait de l'invention d'un chapelier ou d'un industriel, mais il n'en est rien et le bruit répandu était bien vrai. Les étudiants sont en train d'abandonner le solennel tuyau de poêle, « ce chapeau égalitaire et bourgeois », pour adopter le béret. Au quartier cette coiffure se montre déjà sur beaucoup de jeunes têtes d'étudiants et même de pseudo-étudiantes, mais s'en tiendra-t-on là ? Car, en effet, ce béret ne va guère avec la redingote. Il amène forcément le veston de velours ; il entraîne la culotte collante, la bosse.... que sais-je encore ?

L'idée d'une semblable révolution est née, dit-on, au retour de ce voyage d'Italie, où nos étudiants se trouvèrent seuls vêtus comme tout le monde. Le béret n'a rien pour me déplaire. Quoi qu'il en soit, je rappellerai aux étudiants que la coiffure qu'ils veulent importer est de mode allemande. Que la jeunesse italienne imite l'Allemagne, cela est dans l'ordre ; mais que les Français emboîtent le pas, cela me paraît moins naturel.

Medicus.

NOUVELLES

Association médicale mutuelle de la Seine.

Son assemblée annuelle a eu lieu dimanche, sous la présidence de M. Gallet-Lagoguey.

Le nombre des membres, tant honoraires que participants, s'élève à 174. Elle possède au 31 décembre 1888, une réserve de près de 16.000 francs, accumulée en deux années. Elle a versé 3.290 francs à ses participants.

Ces résultats sont très encourageants et la société pense pouvoir bientôt secourir non seulement les sociétaires malades, *mais encore les veuves et les orphelins.*

Nous aurions bien des réflexions à faire à ce sujet. Nous ne voulons, pour l'instant, retenir que deux chiffres : les associés, pour verser 3.298 francs d'indemnité, se sont imposé des cotisations annuelles de 120 fr. (on a reçu en 2 ans 20.259 fr. et dépensé 4.902,75).

Si l'*Association mutuelle* de la Seine n'était pas dans l'obligation de se constituer, comme toujours, une réserve énorme pour prévoir les affections chroniques, une cotisation de 32.90 aurait suffi pour payer les 329 journées de maladie à 10 fr. par jour.

Nous qui poursuivons un but tout autre que cette louable société, nous avons à considérer uniquement ce chiffre de 32.90 qui a suffi pour répondre à tous les besoins d'environ cent médecins depuis l'origine de l'Association mutuelle.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL.

M. le Dr LOYSEL, de Vic-sur-Aisne, présenté par MM. les Docteurs Lecuyer, de Beaurieux, et Ancelet, de Vailly.

M. le Dr CHAVANNE, de Mirecourt, présenté par M. le Docteur Lardier, de Rambervillers.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Docteurs DALLIDET, de Bordeaux ; GONDRAN, de Viviers ; HAMEL, de Nogent-le-Rotrou ; CONNETABLE, de Pierrefonds, membres du *Concours Médical*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année **N° 8** 23 Février 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

CONGRÈS MÉDICAL PROFESSIONNEL de 1889.

Deuxième réunion de la commission.

La commission décide que les adhésions, à mesure qu'elles arriveront, seront inscrites (par lettre alphabétique) sur un registre spécial.

La commission décide la publication dans le *Concours*, de l'avis suivant :

La commission du Congrès a tenu sa seconde séance le 20 février dernier, à quatre heures, dans les bureaux du Concours médical.

Elle a enregistré un certain nombre d'adhésions de Présidents et Secrétaires de syndicats et de sociétés locales.

Elle a adopté les termes de la circulaire qui sera envoyée aux membres de la presse médicale ainsi qu'aux Présidents, vice-Présidents et Secrétaires de toutes les associations et sociétés médicales.

Elle a pris communication des lettres qui sont parvenues depuis la dernière séance et s'est occupée de l'état d'avancement des diverses mesures qu'elle avait décidées.

Elle s'est ajournée au 20 mars prochain.

LA SEMAINE MÉDICALE

Pathogénie du tétanos.

Malgré les importants travaux parus sur cette question depuis peu d'années, il s'en faut qu'elle soit arrivée au point où le plus grand nombre des médecins sont d'accord. On a pu s'en apercevoir à la dernière séance de l'Académie. M. *Nocard* a déclaré que les épizooties qui sont fréquemment observées chez le cheval sont le résultat du transport de l'agent infectieux par un vétérinaire dans sa clientèle, en pratiquant la castration et en inoculant le virus à des séries de chevaux opérés par lui avec des instruments non désinfectés.

M. Nocard ne croit pas qu'on puisse contester l'inoculabilité du tétanos traumatique, démontrée expérimentalement ; or, les symptômes de celui-ci ne différant pas de ceux du tétanos dit spontané, il est légitime d'admettre que tous deux reconnaissent la même cause. Seulement dans le tétanos spontané on ne retrouve pas toujours la porte d'entrée du virus ; il en est souvent ainsi dans d'autres maladies inoculables.

L'influence du coup de froid n'est pas exclusive de la doctrine microbienne ; pour le tétanos comme pour la pneumonie, on peut admettre que le bacille tétanique existait dans l'organisme et que le refroidissement n'a agi qu'en favorisant sa pullulation, en accroissant sa virulence ou en affaiblissant momentanément la résistance vitale de l'organisme. M. Alph. Guérin a nié la nature infectieuse du tétanos parce qu'il ne le croit pas transmissible par l'air ; mais aujourd'hui le terme d'infection est pris dans une acception bien plus générale qu'autrefois. Le même chirurgien a objecté que le pansement de Lister n'empêchait pas le tétanos de se montrer chez un blessé ; mais, si le microbe est déjà dans la plaie quand on applique le pansement, il est naturel que son évolution ne soit pas entravée. Un chirurgien qui observait toutes les règles de l'antisepsie a néanmoins eu à déplorer une longue série de cas de tétanos jusqu'au jour où il fit flamber les mors de ses pinces à forcipressure.

La myélite partielle aiguë, que M. Guérin a dit avoir trouvée dans beaucoup d'autopsies de tétaniques et à laquelle ce chirurgien inclinait à attribuer les accidents, n'a pas été rencontrée une seule fois par M. Nocard sur 17 autopsies ; la seule lésion constante du système nerveux est l'augmentation du liquide céphalo-rachidien.

Les inoculations faites avec le tissu des centres nerveux, même du bulbe et des viscères, avec

le sang, ont toujours été infructueuses, tandis que les bourgeons charnus, le pus de la plaie et le tissu de cicatrice donnent le tétanos par inoculation. Le microbe du tétanos reste donc vraisemblablement confiné au voisinage de la plaie d'entrée, d'où le poison soluble qu'il fabrique diffuse dans tout l'organisme, comme dans la diphthérie le poison fabriqué par les microbes au niveau des fausses membranes.

La gravité du tétanos paraît être en raison inverse de la durée de son incubation. Quand les accidents ne surviennent que vingt ou vingt-cinq jours après la castration chez le cheval, la guérison est possible, ou en tout cas l'évolution moins rapide.

M. *Leblanc* accorde une beaucoup plus grande part à la prédisposition qu'à l'infection dans l'étiologie du tétanos. Il repousse la théorie de l'origine équine du tétanos et critique les arguments qu'on a présentés en faveur de la pathogénie admise par M. Verneuil. Il incline à admettre une origine tellurique (coïncidence du tétanos avec l'abaissement de la température). Les microbes dits de Nicolaïer ne peuvent persister dans le sol, puisqu'on détruit les corps des chevaux tétaniques, ni se trouver dans le fumier, puisque l'élément contagieux n'existe ni dans les excréments, ni dans l'urine. Jamais un vétérinaire, ni un élève n'a contracté le tétanos en soignant un cheval tétanique. M. Leblanc ne croit donc pas que la contagion soit l'unique cause du tétanos.

M. Verneuil doit prendre la parole dans la prochaine séance pour défendre ses idées sur le même sujet.

Pathogénie de la fièvre.

L'obscurité qui entoure la genèse de la fièvre va-t-elle se dissiper par suite des recherches de M. *Roussy* ? Cet expérimentateur a communiqué à l'Académie, par l'intermédiaire de M. Hayem au laboratoire duquel il est attaché, un travail dont voici les conclusions :

L'accès de fièvre le plus intense peut être déterminé, chez le chien tout au moins, par l'introduction dans son système circulatoire, à raison de moins de un demi-milligramme par kilogramme d'animal, d'une substance chimique soluble que M. Roussy propose d'appeler *pyrétogénine* et qu'il a isolée d'un microorganisme ; malheureusement il ne dit pas lequel.

Cet accès de fièvre accomplit son évolution en neuf ou dix heures, en trois phases, dont les durées sont, en général, respectivement de deux heures pour *l'ascension*, quatre heures pour le *summum*, quatre heures pour la *descente*.

Les troubles fonctionnels qui se déroulent pendant l'évolution de cet accès sont régulièrement représentés surtout par de l'inquiétude, des secousses faibles dans le thorax, le diaphragme et les muscles de la nuque ; par des frissons et du tremblement intermittent ; par des nausées, quatre à cinq vomissements alimentaires, mousseux et bilieux ; quatre à cinq selles solides ou diarrhéiques et autant de mictions ; par de l'abattement, de la tristesse et de l'incertitude dans la marche ; enfin et surtout par une élévation de température qui va de 39°1 à 41°9 dans le rectum, de 38°8 à 41°7 dans l'aine, élévation thermique qui est accompagnée d'une accélération du pouls et d'une augmentation considérable de la respiration.

L'accès de fièvre ainsi provoqué affecte la plus grande similitude avec ceux de la fièvre paludéenne et présente aussi des analogies très frappantes et nombreuses avec ceux que l'on rencontre dans un grand nombre d'autres maladies.

M. Roussy pense donc qu'il est permis d'admettre que la fièvre observée dans ces différentes maladies est causée par une substance chimique identique ou analogue à la pyrétogénine ; il dit qu'on peut conclure aussi de ses recherches qu'il existe d'autres substances chimiques moins énergiques qui ne font guère qu'élever la température de 1 degré et que, pour cette raison, on peut ranger sous la dénomination de « *substances calorigènes* ou *pyrétigènes* ». D'autre part, M. Roussy croit qu'il existe des substances d'origine microbienne capables d'abaisser la température animale. La plus énergique de ces substances pourrait recevoir le nom de *frigorigénine* ; les autres pourraient être classées sous la dénomination de substances *frigorigènes*.

Les crampes professionnelles. La crampe des laitiers.

Cette question a été agitée devant la Société de biologie par M. Féré à propos d'un flûtiste de profession qui éprouva d'abord un certain degré d'impotence fonctionnelle des trois derniers doigts de chaque main. Puis survinrent des crampes dans les muscles antagonistes. Dès que le malade voulait jouer de son instrument, d'une part ses doigts refusaient de se soulever synergiquement, d'autre part les muscles fléchisseurs se contracturaient en provoquant de vives douleurs. Grâce au massage des extenseurs, à l'hydrothérapie et à un régime tonique, la guérison survint graduellement sans que le malade eût été obligé de cesser complètement de jouer de son instrument, qui lui était indispensable pour vivre. M. Féré insiste sur l'existence de la contracture des muscles antagonistes et sur la possibilité de guérir une crampe professionnelle sans imposer le repos des muscles atteints ; ce fait est en accord avec l'opinion de Gallard qui admettait que les crampes professionnelles sont plutôt dues à une prédisposition générale qu'à la fatigue locale.

M. *Brown-Séquard* a rappelé à cette occasion le cas d'un journaliste qui, ayant des crampes de la main droite, essaya d'écrire de la main gauche ; mais celle-ci fut bientôt prise de crampes aussi ; le journaliste réussit à écrire avec son pied, qui lui aussi fut atteint de crampes.

L'état nerveux général dans ces cas joue le rôle étiologique principal, les sujets atteints de la crampe de l'écrivain peuvent écrire quand leur attention est détournée de ce qu'ils font.

M. *Dumontpallier* a soigné un homme qui, ayant eu la crampe de la main droite, essaya d'écrire avec la gauche, mais voyait reparaître des crampes dans la main droite même quand il écrivait avec la gauche ; c'est un exemple de mouvements associés.

Les synergies musculaires qui peuvent exister entre les muscles des deux côtés du corps, sont fréquentes chez les vieillards hémiplégiques, et chez les enfants sont constantes jusqu'à un certain âge ; M. Beaunis a démontré que ces synergies sont ordinaires entre les muscles antagonistes ; mais elles sont particulièrement mises en évidence dans certains cas pathologiques.

A la Société de médecine interne de Berlin, M. *Remak* a traité d'un phénoméne se rapprochant des crampes professionnelles.

Il a rappelé que Basedow avait décrit, en 1851, une névrose spéciale aux bouviers, qui, lorsqu'ils veulent traire les vaches, sont pris d'une espèce de crampe des muscles fléchisseurs et extenseurs de l'avant-bras. Cette crampe des laitiers doit être rapprochée de celles des écrivains, des vitriers, des cigarières, des forgerons, des tailleurs, etc

Remak a présenté une malade atteinte de cette espèce de crampe. Au moment de l'accés, la main est convulsivement fermée, le pouce fléchi en dedans. Cette crampe cesse brusquement, spontanément ou sous l'action d'un courant électrique. Il y a déjà quinze ans que cette femme est occupée à traire quinze vaches trois fois par jour.

Elle a dû cesser complètement son travail depuis quelque temps ; en outre, la sensibilité est notablement diminuée aux deux mains, principalement dans le domaine du médian. Les réactions électriques des muscles innervés par le radial et le cubital sont normales, mais il n'en est pas de même de celles des muscles innervés par le médian. Il s'agit donc d'une névrite dégénérative de ce nerf, analogue à celles que l'on observe chez les tailleurs, les forgerons, les serruriers, les repasseuses, etc., névrites qui sont consécutives à des surmenages de la main.

Troubles trophiques symétriques secondaires.

M. *Chouppe* (Soc. de biologie) a vu, après un panaris dû à une piqûre anatomique et suivi d'une altération de l'ongle de l'index gauche, une lésion du même ordre et à peu près identique apparaître aux ongles du médius et de l'index de la main droite.

L'explication la plus naturelle est celle qui invoque le retentissement de la lésion sur la substance grise des cornes antérieures d'abord du côté correspondant de la moelle, puis sur celle du côté opposé.

Empoisonnement par l'acide chlorhydrique. Lésions gastriques et pulmonaires. Considérations thérapeutiques et médico-légales.

MM. *Letulle* et *Vaquez* ont rapporté (*Archives de physiologie*, 1889) l'observation d'un individu qui succomba à la suite de l'ingestion de 250 grammes environ d'acide chlorhydrique. Deux faits anatomo-pathologiques surtout doivent être notés. Ce sont d'abord les lésions gastriques, en l'absence de toute altération des voies digestives supérieures, de l'œsophage en particulier ; l'estomac était petit, contracté et sa muqueuse était boursouflée, mamelonnée et comme escharrifiée sur la presque totalité de son étendue. L'examen histologique a montré que la muqueuse était infiltrée d'éléments embryonnaires et de fibrine, en même temps que les glandes avaient presque entièrement disparu. C'est seulement au niveau des culs-de-sacs glandulaires, qui étaient dilatés, que l'on retrouvait des cellules glandulaires ayant, pour la plupart, perdu leurs noyaux et contenant, dans leur intérieur, une substance hyaline perlée.

On put donc noter deux ordres de lésions : un processus nécrobiotique, caractérisé par les altérations cellulaires, un processus inflammatoire, aux allures trés rapides, puisque le malade a succombé deux jours aprés l'accident.

Un autre point intéressant de cette observation, c'est que le malade a succombé à des lésions broncho-pulmonaires déterminées par la pénétration, au moment des vomissements, du liquide caustique dans les voies respiratoires. En pareil cas, il faudrait donc surveiller les vomissements et, au lieu de les provoquer, recourir au lavage très rapide de l'estomac par des solutions appropriées.

De l'observation précédente il convient de rapprocher celle que M. *Klemperer* a présentée tout dernièrement a la Société de médecine interne de Berlin.

Un homme âgé de trente-cinq ans, serrurier, atteint de tuberculose pulmonaire, toussait depuis longtemps lorsqu'il prit par erreur, après son dîner, une gorgée d'acide chlorhydrique concentré. Effrayé, il but immédiatement deux litres d'eau environ, qu'il ne tarda pas à vomir avec du mucus et du sang. Il but encore pendant la nuit pour calmer la brûlure qu'il ressentait au creux de l'estomac. Les jours suivants il put à peine déglutir, tellement il souffrait de la gorge et il se contenta de boire un peu de lait et de manger des œufs. Malgré ce régime, il vomissait fréquemment et maigrissait de jour en jour, ce qui le décida à entrer à l'hôpital. Là, on ne tarda pas à constater que le malade, outre sa tuberculose, était atteint d'un rétrécissement absolu du pylore, rétrécissement qui s'opposait complètement au passage des aliments. M. Bardeleben pratiqua la divulsion du pylore. L'opération fut suivie de la disparition de tous les accidents ; néanmoins le malade ne tarda pas à succomber aux progrès de la phthisie. L'autopsie montra que le pylore seul était altéré et que le reste de la muqueuse avait été épargné par le caustique. Les dimensions de l'estomac étaient normales ; or, pendant la vie, on avait noté une dilatation manifeste de cet organe. Ce fait prouve qu'une fois le rétrécissement du pylore détruit, l'estomac dilaté était revenu sur lui-même et avait repris son volume normal. Cette constatation est intéressante, car on admet généralement qu'un estomac dilaté reste toujours dilaté. Cette observation semble démontrer que cette assertion est erronée.

M. *Litten* a fait remarquer que l'observation communiquée par M. Klemperer était aussi intéressante au point de vue de la médecine légale, car, si un médecin légiste trouvait à l'autopsie d'un sujet un rétrécissement du pylore sans aucune lésion ni de l'œsophage, ni de l'estomac, il lui serait bien difficile d'admettre que ce rétrécissement est dû à l'ingestion d'un caustique.

M. Litten a cependant publié en 1879 un travail dans lequel il citait plusieurs exemples de malades qui, ayant survécu à l'ingestion d'une certaine quantité d'acide sulfurique, n'avaient présenté à l'autopsie qu'un rétrécissement cicatriciel du pylore sans aucune altération des muqueuses œsophagienne ou gastrique. Pour expliquer ces faits, M. Virchow suppose que le passage du liquide corrosif dans l'œsophage est trop rapide pour détruire la muqueuse et que, si les lésions sont limitées au pylore, c'est parce que le liquide est obligé d'y séjourner.

Dosage des médicaments chez les adultes et les enfants.

On a déjà proposé bien des moyens mnémotechniques depuis la table de Gaubius. Le *British medical Journal* donne les règles suivantes :

La dose pour un adulte étant de 21 parties, il faut donner à un enfant autant de parties qu'il a d'années. C'est ainsi qu'à l'âge de un an il en reçoit une, à six ans six parties et ainsi de suite.

La dose pour l'adulte étant de 60/60, au-dessus de l'âge de 60 ans, la dose sera représentée par une fraction dont le numérateur est 60 et le dénominateur l'âge du malade. C'est ainsi qu'un vieillard de 65 ans aura le 60/65 d'une dose d'adulte, à 70 ans — 60/70 ou 6/7, à 80 ans — 60/80 ou 3/4, etc.

On ne doit pas oublier qu'il est nécessaire d'administrer aux enfants proportionnellemen des doses moins fortes de calmants et des doses plus considérables de purgatifs que celles qui résultent des règles ci-dessus.

Inhalations de camphre contre le rhume de cerveau.

On met, dit Kohler (*Schweiz. Woch f. Pharm.*, 1888) dans un vase plus profond que large, une cuillerée à café de camphre en poudre, on le remplit à demi d'eau bouillante et l'on renverse sur lui un cornet de papier triangulaire. Le sommet du cornet est déchiré assez largement pour qu'il soit possible d'y enfoncer tout le nez. On respire alors, pendant 5 à 10 minutes, les vapeurs d'eau chargées de camphre. Ces inhalations sont à répéter toutes les quatre à cinq heures. Même le catarrhe nasal le plus rebelle cède après trois inhalations ; mais ordinairement il suffit d'une seule inhalation si l'on agit avec énergie et que l'on supporte pendant le temps nécessaire les vapeurs de camphre qui irritent assez fortement le nez et le pharynx. Les vapeurs d'eau qui entourent de toutes parts le nez provoquent une sudation abondante de la muqueuse du nez et du pharynx, de sorte qu'elles agissent aussi dans un sens favorable sur le catarrhe pharyngien concomitant.

Nous pensons que tous les moyens préconisés contre le coryza et qui ont pour base les inhalations irritantes doivent être employés avec réserve.

Leur usage habituel peut entraîner la production d'une rhinite chronique hypertrophique avec ses inconvénients multiples.

Traitement des hématuries rebelles par l'alun.

Le Dr *Dedama* (*Journ. of the amer. Association*, 1888, août) déclare que dans 5 cas d'hématurie rebelle, il s'est trouvé bien de l'emploi de 3 gr. 50 d'alun à prendre en 24 heures. D'après l'auteur, l'action de ce médicament serait à expliquer par la contraction des vaisseaux sanguins, surtout des organes uro-génitaux. On divise les 3 gr. 50 d'alun en 6 doses que l'on administre dissous dans l'eau, le matin, à midi et le soir. Ce médicament se distingue de tous les autres styptiques en ce qu'il ne constipe pas.

Acide salicylique dans la scarlatine maligne.

Le Dr *Chahkowsky* recommande vivement l'emploi de l'acide salicylique dans la scarlatine maligne. Sur 125 cas traités par ce médicament, il n'a eu que 3 morts. Il préconise une formule qu'on peut simplifier ainsi :

Acide salicylique..............	1 gramme.
Eau distillée......................	10 grammes.
Sirop d'écorce d'orange.......	30 grammes.

A prendre par cuillerées à café ou par cuillerées à bouche toutes les heures pendant la journée, et toutes les deux heures pendant la nuit. En 2 à 3 jours la température de 41° C., s'abaisse à 38°5-38° C., et vers le 10e jour elle tombe jusqu'à 36°5 environ. Pour prévenir une rechute, il faut administrer, toutes les deux heures, la potion deux à trois jours après la défervescence. L'auteur assure que l'acide salicylique empêche le développement de toutes les complications (telles qu'urémie, anasarque, angine diphthéroïde, lymphadénite, etc.), et même les fait rapidement disparaître si elles existent déjà. D'après ses expériences, le traitement par l'acide salicylique n'a pas d'action : 1° quand on y a recours trop tard (après le quatrième jour dans les formes malignes) ; 2° quand le malade est affecté en même temps d'autres maladies chroniques graves ou de lésions congénitales importantes.

L'acide chromique contre la sueur des pieds

En badigeonnant une fois la plante du pied et la peau, entre les orteils, avec de la ouate imbibée d'une solution d'acide chromique à 10 %, on obtient une diminution immédiate de la sueur. Les sudations de moyenne intensité demandent quelques badigeonnages à 6 ou 8 semaines d'intervalle ; dans les cas plus intenses, il faut les répéter plus fréquemment (toutes les 2 ou 3 semaines). S'il y a des plaies ou des excoriations au pied, il faut se servir pendant quelques jours d'une solution à 5 %, et ne passer à la solution forte de 10 % qu'après la régénération complète de l'épiderme.

(*Nouveaux Remèdes.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Cas d'ascite idiopathique chez l'enfant.

Par le Dr G. Carrière, de Saint-André-de Valborgne (Gard).

L'ascite est une maladie d'adulte et il est fort rare de l'observer dans l'enfance, si j'en juge, non d'après ma courte expérience, mais d'après les auteurs classiques en pathologie infantile.

En effet, Picot et d'Espine, dans leur *Manuel pratique des maladies de l'enfance* (2e édition), n'ont pas tracé de description spéciale de l'ascite et n'en font mention qu'à propos de la péritonite tuberculeuse : « Il faut se rappeler, disent-ils, que l'ascite idiopathique est extrêmement rare chez les enfants, qu'elle survient en général dans la convalescence de la scarlatine, et que la cirrhose, cause si fréquente d'ascite chez l'adulte, est une rareté pathologique chez l'enfant. »

Jules Simon est également muet sur ce point dans ses excellentes conférences thérapeutiques et cliniques. Il fait seulement remarquer qu'il est exceptionnel d'observer des accidents hydropiques au cours des maladies du cœur chez les enfants, et il attribue cette sorte d'immunité à une vitalité particulière, à un dynamisme compensateur des organes de la circulation.

Valleix dit que l'enfance n'offre presque exclusivement que des exemples d'ascite deutéropathi-

que consécutive aux fièvres exanthématiques (scarlatine notamment). Il cite pourtant un cas d'ascite chez un enfant de dix mois traité et guéri par Griffon, au moyen des injections iodées.

Rilliet et Barthez sont un peu plus explicites et consacrent un chapitre (tome I, page 766) à l'ascite de l'enfant.

D'un autre côté, l'ascite est le plus souvent un acte morbide secondaire dépendant d'une lésion hépatique, cardiaque, rénale, ou de toute autre cause générale d'hydropisie, plutôt qu'un état morbide primitif, né dans la séreuse péritonéale, d'une manière spontanée.

L'observation que je rapporte offre donc un double intérêt, et au point de vue de l'âge du sujet, et sous le rapport de la forme propathique de la maladie.

En janvier 1887, je fus appelé dans un village assez éloigné de ma résidence, à voir pour la première fois le jeune L., atteint depuis quelques mois de légères indispositions qui avaient été soignées par le Dr C. de F. On avait remarqué en dernier lieu que le ventre augmentait de volume, et le Dr M., consulté récemment, avait diagnostiqué une ascite. Voici, à mon tour, les symptomes que je constatai :

Le sujet est un garçon âgé de 6 à 7 ans, sans tare héréditaire, de constitution délicate en apparence : il est maigre, blond, à peau blanche, aux joues plaquées de cyanose. Pouls fréquent ; dyspepsie habituelle. Le ventre présente un développement anormal, en forme d'outre ; il est élargi dans les flancs quand le malade est couché sur le dos (ventre de batracien). Matité absolue sur les côtés et à l'hypogastre, tympanisme à la région épigastrique ; fluctuation manifeste et sensation de flot nettement perçue. Appétit irrégulier ; tendance à la constipation. Urines rares, foncées. Pas de fièvre. L'examen du cœur et des poumons est complètement négatif. Aucun œdème aux jambes, ni à la face.

A la suite de cette investigation clinique, je n'hésitai pas à confirmer le diagnostic déjà prononcé. Quant à l'étiologie, je ne voyais pas d'autre influence pathogénique à invoquer que celle du froid, le petit malade habitant du reste une contrée froide, à 900 mètres d'altitude environ. Cette ascite était survenue insidieusement ; sans douleur ni fièvre, sans trouble bruyant, à la façon des épanchements pleurétiques chroniques d'emblée.

Quoi qu'il en fût, je pratiquai, séance tenante, la paracentèse, qui donna issue, à deux litres et demi environ de sérosité citrine, verdâtre, écumeuse. Les suites de l'opération furent des plus simples.

Comme traitement consécutif destiné à empêcher la reproduction du liquide abdominal, j'ordonnai :

Purgation tous les quinze jours avec une cuillerée à bouche d'un mélange à parties égales d'eau-de-vie allemande et sirop de nerprun. Vin diurétique amer à la dose de 1 ou 2 cuillerées à bouche chaque soir. Révulsion sur la paroi abdominale (vésicatoires volants, badigeonnages à la teinture d'iode), puis embrocation avec teinture de scille et de digitale, ãã. Tenir le ventre chaudement enveloppé et légèrement comprimé au moyen d'une couche de ouate et d'une ceinture de flanelle. — Régime substantiel ; lait en aussi grande quantité que possible.

Avril 1887.— Les prescriptions ci-dessus ont été ponctuellement suivies. La mensuration démontre que le ventre n'a pas grossi depuis le lendemain de l'opération, mais il présente encore un certain empâtement. L'état général laisse aussi à désirer. Le malade ne ressent aucune douleur et est toujours apyrétique ; mais il est pâle, reste maigre ; les fonctions digestives sont languissantes. Il a parfois des sueurs nocturnes, est facilement essoufflé ; le pouls est ordinairement accéléré. Je ne trouve cependant rien d'anormal au cœur, ni aux poumons.

Je fais suspendre le traitement spécialement dirigé contre l'ascite, sauf le vin de la Charité à reprendre de temps en temps, et je recommande surtout un régime tonique et analeptique : vin de quinquina, sirop d'iodure de fer.

La santé s'est ensuite améliorée progressivement, et actuellement, deux ans après l'opération, mon jeune client n'offre plus trace de maladie ; on peut le considérer comme définitivement guéri.

La spléno-pneumonie et les engorgements pulmonaires chez les enfants lymphatiques.

En lisant la description de la spléno-pneumonie chez l'enfant dans le *Concours* du 3 novembre dernier, j'ai pensé à plusieurs cas d'affections semblables, sans doute, observés jadis par moi, et dont quelques-uns furent publiés dans la *Gazette des hôpitaux* du 30 mars 1878. Il y avait en ce moment des publications sur les difficultés du diagnostic de la tuberculisation pulmonaire, et c'est à ce propos que je crus devoir joindre mes modestes lumières à bien d'autres pour éclairer des cas douteux d'affections pulmonaires que l'on a mieux étudiées depuis et que l'on a baptisées du nom un peu obscur de spléno-pneumonie.

De trois faits typiques que j'ai sur mes registres deux sont appelés : engorgement chronique du poumon gauche, râles muqueux et submatité en arrière, rien sous la clavicule ; le troisième porte le nom de noyau d'hépatisation du poumon gauche avec état chronique simulant une tuberculisation. Ce dernier cas seul, développé dans ceux publiés par la *Gazette des hôpitaux*, m'a fait penser aux autres plus tôt observés et non moins semblables à l'affection pulmonaire en cause. J'aurais pu l'appeler hépato-pneumonie ou tout simplement pneumonie subaiguë, engorgement chronique du poumon ; et cette dernière appellation, simple et compréhensible, serait peut-être la meilleure.

En laissant de côté les fines nuances des bruits perçus par l'auscultation et la percussion : la broncho-égophonie, la pectoriloquie sonore ou aphone, les petites crépitations, sèches, discrètes, par foyers restreints, à la fin des inspirations, la matité et la zone semi-lunaire de Traube, etc., tous bruits qui finalement ne sont pas pathognomoniques, puisqu'il faut encore avoir recours à la ponction exploratrice, malgré même leur groupement sous le nom de schèmes, j'ai hâte d'arriver au but plus saisissable et plus pratique et de dire que cette maladie, ou plutôt ces maladies — il doit y avoir pas mal de variétés — sont généralement l'apanage des enfants strumeux, âgés de huit ou dix ans, et qu'elles sont peut-être de nature tuberculeuse bénigne et curable. N'a-t-on pas, en effet, fini par découvrir que les adénites de l'enfance, que l'on appelait scrofuleuses, ressortissent au bacille tuberculeux ?

Ce qui m'amène à émettre l'idée de spécificité à propos de ces engorgements pulmonaires chez les enfants, ces spléno-pneumonies des auteurs récents et éminents, c'est que j'ai pu suivre, dans la petite sphère de ma pratique, ces trois enfants dont je parle, parmi lesquels deux sont morts tuberculeux plus tard, dix ans après, l'un de la phtisie pulmonaire : (une belle jeune fille profondément regrettée) ; l'autre, un garçon de 18 ans, succomba à une méningite qui était venue se joindre à une pneumonie. Le troisième, aujourd'hui âgé de trente ans, père d'une fillette délicate et chétive, a fait son service militaire régulier, mais il est d'une santé chancelante, d'un facies amaigri, à pommettes colorées, tourmenté par une toux sèche et fréquente. Et cet état chronique, datant de quelques années, me fait supposer que la lettre tuberculeuse qu'il a souscrite à l'âge de dix ans approche de son échéance, toute retardée qu'elle est. Je crois même que, si l'occasion de l'ausculter m'était offerte, je pourrais déjà être affirmatif à ce sujet.

C'est tout ce que j'avais à dire à propos de la spléno-pneumonie, que j'aime mieux appeler engorgement pulmonaire chez les enfants lymphatiques ou scrofuleux, en considérant uniquement les quelques faits fournis par ma pratique et ici brièvement rapportés.

Dr U. Lavit.
(de Cessenon).

Le pesage méthodique des nourrissons,
Par le Dr A. Coriveaud (de Blaye).

Tous les médecins qui s'occupent des maladies de l'enfance reconnaissent l'utilité des pesées méthodiques des nourrissons. Depuis les travaux de Nathalis Guillot, de Bouchaud, d'Odier, de Blache et d'H. Blot, qui ont vulgarisé les données de cette pratique, on connaît les bases scientifiques sur lesquelles elle repose. On sait qu'un « enfant qui prend suffisamment le lait, ainsi que le dit Tarnier (1), qui digère bien, dont les garde-robes sont d'un beau jaune clair, homogène et sans odeur, de la consistance d'une bouillie épaisse », s'accroît rapidement, et très régulièrement. Les pesées comparatives de Bouchaud, Bowditch, Albrecht, Fleischmann, Biedert, bien que variant un peu dans leurs *maxima*, nous fournissent une base d'appréciation suffisamment solide, en fixant aux environs de 25 à 30 grammes, le coefficient d'augmentation quotidien d'un enfant depuis la première semaine jusqu'à la fin du troisième mois. L'habitude peut bien nous permettre, au moyen du tact et de la vue, de nous rendre un compte à peu près exact, de la marche de cet accroissement normal, mais, outre l'intérêt de curiosité qui peut nous pousser à préciser par le calcul ces perceptions sensorielles, il est telles circonstances où la pesée, au moyen d'une balance, s'impose absolument.

Comment, par exemple, affirmer péremptoirement et prouver à des yeux intéressés à ne pas le voir, ce fait qu'un enfant dépérit lentement au sein d'une nourrice ? La situation devient tout particulièrement délicate, lorsque la nourrice est la mère elle-même. Quel praticien n'a été le témoin de l'un de ces drames intimes où la vie d'un pauvre bébé est compromise par l'amour trop aveugle d'une mère illusionnée sur les qualités ou la quantité de son lait ? Le service de la protection des enfants du premier âge, pose pour ainsi dire journellement à nos collègues les médecins-inspecteurs, ce problème sous une forme ou une autre. Ici c'est une nourrice trop jeune et dont la sécrétion lactée tarit après un allaitement heureux de trois ou quatre mois. Là c'est une jeune femme qui devient enceinte pendant sa lactation. Celle-ci a pris un nourrisson, en cachette, sans certificat, et prétend l'alimenter d'un lait vieux de deux ans et plus. Celle-là est anémique, scrofuleuse, phthisique, ou bien elle est à peine convalescente d'une maladie grave ; cette autre a subi des chagrins prolongés, et, toutes causes qui malgré leur diversité aboutissent au même résultat, la diminution de quantité ou l'altération des qualités du lait. Le médecin-inspecteur constate le fait ; mais comment démontrer à ces femmes d'esprit inculte, et chez lesquelles la rapacité éteint tout sentiment, qu'elles sont en train de commettre un homicide par omission ?

Ceux de nos confrères qui ont eu à intervenir dans ces litiges savent à quelles difficultés on se heurte et quels ennuis on se crée. Les arguments les plus démonstratifs, les objurgations les plus pressantes, les conseils les plus doucement insinués ne sauraient faire impression sur ces esprits obtus. Il faut administrer une preuve visible de l'assertion émise.

« Ce nourrisson est maigre, il ne profite pas », le médecin l'affirme, mais la nourrice en doute, et l'entourage intéressé le nie. Les parents eux-mêmes, chose incroyable, se rangent très souvent du côté de la nourrice, et le médecin parti, conseillent à celle-ci, si elle n'a pas assez de lait, de faire manger l'enfant.

Une assez longue expérience de tous ces faits m'avait dès longtemps convaincu qu'une série de pesées bien faites était le seul argument décisif à opposer à ces dénégations. Chargé depuis quinze ans de l'inspection médicale d'une importante circonscription, j'ai eu à maintes et maintes reprises, l'occasion d'intervenir dans des différends dont la solution se juge par la vie d'un nouveau-né, et toujours, j'ai réussi, sinon à convaincre les plus récalcitrants, du moins à leur fermer la bouche, en pesant, devant eux, un nourrisson que j'estimais en détresse alimentaire.

Mais je m'étais souvent trouvé embarrassé par le manque d'un instrument commode et toujours à portée pour effectuer cette pesée ; on ne trouve pas dans toutes les maisons de balance à plateau, et il n'est pas toujours possible d'en faire apporter une d'un magasin voisin. D'autre part, l'examen que j'avais fait de divers pèse-bébés en usage m'avait convaincu qu'aucun d'eux ne répondait à tous les besoins de la pratique. Ceux qui sont portatifs comme le peson de Blot, ou la règle de Lesnier, ont le grave défaut de n'être pas suffisamment justes. Les autres, comme celui de Bouchut, sont d'un maniement difficile, coûtent très cher et nécessitent une installation spéciale. Je me hasardai alors à imaginer un modèle qui fût en même temps solide, portatif, très juste, et maniable par n'importe quelle main.

Grâce à l'ingéniosité de l'un de mes amis, architecte de profession et artiste par goût, qui fixa de son habile crayon l'idée que j'avais conçue, j'ai fait construire par M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, une petite romaine ; mais il faut se représenter cette romaine renversée, puisqu'au lieu de la suspendre, on la fixe, au

(1) Physiologie et hygiène de la première enfance, page 55.

moyen d'un écrou, sur le rebord d'une table ou d'un meuble quelconque. C'est, en outre, une romaine très perfectionnée, car 1° elle est équilibrée à 0, c'est-à-dire qu'on peut peser avec elle un objet de n'importe quel poids, depuis un gramme ; 2° elle est sensible, une fois chargée, à des différences de 1 à 2 grammes. La pesée s'effectue avec une extrême rapidité et une grande précision, grâce au jeu de deux contre-poids dont l'un, qui indique le kilogramme, glisse sur le bras de levier inférieur, et l'autre, qui marque les grammes, progresse au moyen d'un pas de vis, sur le levier supérieur. Rien n'est plus simple que de lire le poids de l'enfant lorsqu'on sait que chaque tour de la virole supérieure correspond à une différence de dix grammes, les kilogrammes étant inscrits avec les divisions de 100, 50 et 25 grammes sur la tige supérieure.

Les nombreux services que m'a déjà rendus ce petit instrument, et aussi la persuasion où je suis qu'il pourrait en rendre de semblables entre les mains de tous les praticiens, dans les maternités et dans les familles, m'ont fait surmonter le sentiment de réserve qu'on éprouve toujours à préconiser une invention qui vous est personnelle. On a l'air de se faire une réclame à soi-même. Et pourtant.... La pesée des nourrissons est-elle utile ?—Oui.—S'impose-t-elle, en certains cas ?—Personne ne saurait le nier. En dehors de la balance à plateaux, non portative, et qu'on ne trouve pas partout, les pèse-bébés actuellement en usage sont-ils passibles de graves reproches ? Ceux qui les ont essayés sont forcés de le reconnaître. La romaine en question est-elle juste, d'un maniement commode, portative et très sensible ? — Je le crois, et je le dis tout simplement.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Conseil supérieur de l'assistance publique

Conclusions de M. Dreyfus-Brisac.

I. — Les communes, à défaut de la famille, doivent l'assistance aux nécessiteux malades qui y ont leur domicile de secours. Plusieurs communes peuvent s'associer en syndicat pour remplir ce devoir social.

II. — Il devra exister, dans chaque commune ou syndicat de communes, un bureau d'assistance publique.

III. — Dans chaque département, le conseil général détermine, au mieux des convenances locales, le mode de fonctionnement du service de l'assistance médicale aux indigents. Ce règlement devra être approuvé par le ministre de l'intérieur, après avis du conseil supérieur de l'Assistance publique.

IV. —Les communes ou syndicats de communes, qui justifieront remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs indigents malades, pourront être autorisés, par une décision spéciale du ministre de l'intérieur, rendue après avis du conseil supérieur, à avoir une organisation spéciale.

V. — Chaque année, le conseil général fixe la part contributive des communes dans les dépenses d'assistance de leurs malades indigents et la part contributive du département.

Il devra tenir compte des ressources de chaque commune et du nombre d'indigents porté par elle sur la liste de ceux qui devront recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques.

VI. — Les dépenses qui résulteront pour les communes de l'application de l'article précédent sont obligatoires et pourront être imposées d'office, conformément à l'article 149 de la loi du 5 avril 1884.

VII. — La liste des indigents admis à recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques est préparée par le conseil municipal.

VIII. — Au cas où un département n'aurait pas, dans le délai fixé, organisé son système d'assistance, le gouvernement devra lui imposer d'office un règlement.

Les dépenses résultant pour les départements de l'application du règlement fait par le conseil général ou imposé au département par le gouvernement en exécution du paragraphe précédent, sont obligatoires pour lesdits départements et peuvent leur être imposés d'office dans les conditions de l'article 61 de la loi du 10 août 1871.

Il y a donc lieu de préparer, à cet effet, un règlement modèle.

IX. — En ce qui concerne les secours à domicile, la section recommande, dès à présent, les principes sur lesquels repose le système dit « vosgien ».

X. — L'assistance médicale doit être organisée de telle sorte que chaque commune soit rattachée à un dispensaire et à un hôpital. Les malades ne doivent être hospitalisés qu'en cas de nécessité.

GYNÉCOLOGIE

Amputation de l'utérus gravide.

Nous traduisons une note publiée dans le *Sacramento-medical Times*. Malgré la célébrité de son auteur, Lawson Tait, nos lecteurs feront, comme nous, quelques réserves.

Il s'exprime ainsi : Cette opération, je ne crains pas de le dire, va révolutionner l'art obstétrical et, dans deux ans, nous n'entendrons plus parler de crâniotomie et d'éviscération, car ma méthode sauvera plus de vies que tous ces procédés. C'est la plus simple des opérations de la chirurgie abdominale et tout médecin de campagne devrait être toujours prêt à la pratiquer.

Aucun instrument spécial n'est requis. Rien qu'un bistouri, des pinces à forcipressure, un bout de tube à drainage, deux ou trois aiguilles et un peu de perchlorure de fer.

Ma méthode consiste à faire, au niveau de la ligne médiane, une incision qui permette l'introduction de la main ; je passe ensuite un bout de tube à drainage (sans trou) autour du fond de l'utérus, et je l'attire en bas, de façon à entourer le col, en prenant soin de ne pas embrasser une anse intestinale. Je fais ensuite un seul nœud et le serre autour du col pour arrêter complètement la circulation. Je confie alors les extrémités du tube à un aide qui les conserve bien tendues en vue d'empêcher le nœud de glisser. La raison de ce procédé est que dans le cas où il se produirait une hémorrhagie et où il faudrait établir une constriction plus forte, je pourrais y arriver sans défaire aucun nœud. La simplicité de cette méthode la recommande d'une façon spéciale.

Je fais ensuite une petite incision à l'utérus, l'é-

largis, en déchirant l'organe avec les deux index.

Je saisis l'enfant par un pied et l'extrais. J'extrais le placenta. Pendant ce temps l'utérus s'est complètement rétracté et il est facilement attiré à travers la plaie abdominale.

Il faudra généralement resserrer plus fortement le tube constricteur. Le second nœud pourra être fait à ce moment et l'opération est terminée. Tassez quelques éponges dans la blessure, pour empêcher l'accès du sang dans la cavité et passez des aiguilles à tricoter en croix, à travers le tube aplati et à travers le col et,par ce procédé si simple,une ligature d'une efficacité certaine est constituée. L'utérus est réséqué à deux centimètres au-dessus du tube.

Les sutures habituelles sont placées; la blessure formée autour du moignon qui naturellement est amené dans la partie la plus basse de l'incision, et ensuite ce moignon est pansé avec du perchlorure de fer, comme c'est l'habitude.

L'opération prend à peine plus de temps à exécuter qu'à décrire, et comme les complications opératoires sont improbables, elle est une des plus simples qu'on puisse entreprendre. C'est pour cela qu'on ne doit pas craindre de la pratiquer.

Si l'opération est accomplie dans de bonnes conditions, c'est-à-dire avant que la mère n'ait subi des manœuvres intempestives, elle doit réussir à peu près aussi bien que l'ovariotomie.

Je résume ses avantages sur les autres procédés :

1° Elle n'est pas plus dangereuse pour la mère;

1° Elle sauve plus d'enfants;

3° Elle empêche la mère de se retrouver dans les mêmes conditions;

4° Elle est plus simple que les autres méthodes.

H. C.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Réunion du 12 avril 1888.

La séance est ouverte à quatre heures de l'après-midi, dans le même local que précédemment, 14, rue Pierre-Lescot, Paris.

Tous les membres du Syndicat sont présents, à l'exception de MM. Callais, Lécuyer, Martin, qui se sont excusés ; M. le docteur Ledermann (de Sèvres), absent et non excusé.

M. le Président fait le compte-rendu des travaux du Syndicat pendant l'année. Il rappelle que dès l'origine, vingt-cinq confrères ont répondu à l'appel fortuit qui leur fut adressé en avril 1887, par M. de Fourmestraux, au sujet de la commission instituée par le Préfet de Seine-et-Oise pour la réorganisation du service médical gratuit dans le département. C'est ce noyau de vingt-cinq médecins qui constitua, le 26 mai 1888, le *Syndicat* de l'arrondissement de Versailles. Aussitôt après sa formation, celui-ci se rangea à côté des autres associations du même genre formées dans les divers arrondissements et se fit représenter dans l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise, qui se trouve en mesure aujourd'hui de parler au nom d'une centaine de médecins bien décidés à rechercher en toute circonstance la sauvegarde des intérêts communs, et à lutter, avec ou sans le concours des confrères restés indifférents ou hostiles, contre tout ce qui peut porter atteinte à la dignité de notre profession ou à ses intérêts pécuniaires. M. le Président fait remarquer que cette action commune s'est surtout concentrée depuis un an sur la réforme du service médical gratuit et que le projet adopté par le Syndicat de l'arrondissement de Versailles sera, sauf quelques modifications, celui que défendront devant la commission préfectorale les délégués médicaux de tout le département. En ce qui concerne les actes particuliers du Syndicat, M. le Président fait observer qu'ils se résument tous dans des votes où éclate le désir de rechercher l'entente entre *tous* les médecins, et de proscrire tout ce qui peut ressembler à une lutte contre des confrères qu'il faut supposer restés à l'écart par indifférence plutôt que par un mauvais vouloir inexcusable.

La parole est ensuite donnée à M. le Secrétaire-Trésorier qui donne lecture de ses comptes, après approbation de ceux-ci par MM. Darin et Giberton-Dubreuil chargés de les examiner.

Les recettes se sont élevées à.	195 fr.
Les dépenses atteignent le chiffre de	232 » 85
Différence en faveur du passif..	37 » 85

Le déficit provisoire tient à ce que plusieurs sociétaires ont négligé de payer leurs amendes et surtout à ce que, pendant la période d'organisation, qui a duré toute l'année, le Syndicat s'est imposé le devoir de tenir *tous* les médecins de l'arrondissement au courant de ses actes, et de les consulter sur les questions générales telles que le *service médical gratuit.*

M. le Président donne la parole à M. le docteur Pineau (de Poissy). Notre confrère annonce à l'Assemblée que le Syndicat du Centre-Seine-et-Oise dont il était le Président, et qui avait pour siège Meulan, a résolu, dans sa séance du 5 avril, de se dissoudre pour entrer tout entier dans le Syndicat de l'arrondissement de Versailles, et a fait don à celui-ci d'une somme de 50 fr. M. le Président remercie chaleureusement au nom de l'Assemblée, l'ancien Syndicat de Meulan et son sympathique président qui fut un des adhérents de la première heure et prêta son concours actif au bureau provisoire du Syndicat de Versailles pendant l'organisation de celui-ci.

MM. les docteurs Toussaint, de Sèvres, présenté par M. Darin, et Juvigny, de Saint-Cloud, présenté par M. Surre, sont ensuite admis à l'unanimité comme membres du Syndicat.

L'ordre du jour appelle le renouvellement du Bureau pour l'année 1888-1889. A l'unanimité moins trois voix, MM. de Fourmestraux, Darin et Jeanne sont réélus.

M. le Président remercie l'Assemblée du témoignage de confiance qui lui est accordé ainsi qu'à ses deux collègues pour la seconde fois, et assure les membres du Syndicat que rien ne sera négligé par le Bureau dans l'œuvre de revendication dont l'initiative lui est confiée.

La discussion est ensuite ouverte sur la règle

de conduite à adopter à l'égard des *Compagnies d'Assurances contre les accidents*, qui par des contrats aussi variés que fantaisistes exploitent les divers médecins de l'arrondissement. La plupart des membres présents à la réunion sont liés par des arrangements divers avec ces Compagnies : tous sont d'accord à reconnaître qu'ils sont loin d'être rétribués d'une façon convenable. Les Compagnies profitant de la malheureuse concurrence qui existe trop souvent entre les médecins d'une région, les font en quelque sorte soumissionner à l'insu les uns des autres et réalisent ainsi de honteux bénéfices à notre détriment. L'entente formelle des médecins sur ce point peut et doit renverser les rôles. Aussi les membres du Syndicat, après discussion approfondie, votent les résolutions suivantes qui seules pourront servir de bases à un engagement entre les médecins et les *Compagnies d'Assurances contre les accidents*.

1° Les honoraires du médecin sont fixés à 10 francs pour la constatation du sinistre et le certificat attestant la possibilité de reprendre le travail.

2° Les Compagnies seront responsables des honoraires pour les visites et soins spéciaux qu'aura nécessités le sinistre, en dehors des deux visites pour les constatations sus-énoncées. Ces honoraires seront à débattre, suivant les cas, entre les Médecins et les Compagnies, ou fixés par un tarif qui sera rédigé d'accord avec les autres Syndicats du Département.

3° Si l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise adopte ces conclusions, son Président fera connaître aux Compagnies la décision formelle et irrévocable prise par tous les Médecins syndiqués du Département. Ceux-ci seront alors tenus de dénoncer *immédiatement* les traités qui peuvent les lier avec les Compagnies, de façon à recouvrer leur liberté dans le plus bref délai possible, et à ne plus admettre d'autres engagements que ceux qui seraient basés sur les conditions indiquées ci-dessus.

Avant de terminer la séance, le Président invite le Trésorier à effectuer suivant les statuts le recouvrement des amendes pour l'année écoulée et des cotisations pour celle qui commence.

L'Assemblée décide, de plus, que le Secrétaire continuera à adresser à tous les médecins de l'arrondissement le compte rendu des travaux du Syndicat.

La séance est levée à 7 heures.

Le Secrétaire,
Dr JEANNE.

Réunion du 12 juillet 1888.

La séance est ouverte à quatre heures, à Paris, au siége du syndicat.

M. le Président rend compte des démarches faites par le Bureau, sur la demande du docteur Boyer (de la Celle-Saint-Cloud), afin d'étudier certains faits qui avaient amené un différend entre ce confrère et le docteur Gilles-Bréchemin (de Garches). Il résulte des explications fournies par MM. Boyer et Gilles-Bréchemin que la responsabilité des faits qui ont divisé les deux confrères incombe à un maire de leur région qui avait faussement interprété les termes d'une lettre du docteur Gilles-Bréchemin, et partant de là avait injustement dépouillé le docteur Boyer des fonctions dont il était chargé.

L'intervention du Bureau du Syndicat dans un différend où les deux confrères ont mis la plus grande volonté à fournir de loyales explications, a été des plus heureuses. M. le docteur Boyer, après le rapport du président, présente aux suffrages de la réunion comme nouveau membre du syndicat son confrère Gilles-Bréchemin (de Garches), dont il se déclare le parrain. A l'unanimité des membres présents, M. Gilles-Bréchemin est admis.

L'assemblée examine ensuite les résolutions prises par l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise dans sa dernière séance au sujet du service médical gratuit. Le Syndicat de l'arrondissement de Versailles approuve, il est vrai, ces résolutions ; mais il estime qu'elles doivent être présentées sous la forme d'un projet nettement rédigé par chapitres et articles, comme l'était celui soutenu par M. le docteur de Fourmestraux. C'est le seul moyen de fixer d'une façon précise la discussion dans la commission préfectorale, où un certain nombre de membres n'appartenant pas au corps médical aimeront à voter sur des formules bien claires et d'après des données précises.

Conformément au vœu de l'Union des Syndicats du département la réunion décide ensuite que le Syndicat de l'arrondissement de Versailles échangera avec les autres syndicats du département et avec l'Union, les comptes rendus de ses travaux.

Avant de lever la séance, M. le Président fait observer que les absences trop nombreuses aux banquets qui suivent chaque réunion, augmentent beaucoup le prix de revient de ceux-ci et que cette charge pèse uniquement sur ceux (toujours les mêmes) qui se font un devoir d'y assister. C'est pourquoi l'Assemblée décide qu'il y aura chaque année, à l'issue de la réunion d'Octobre, un Banquet *obligatoire* et que le Trésorier en recouvrera la cotisation même auprès des absents, au même titre que les amendes.

La séance est levée à sept heures.

Le Secrétaire,
Dr JEANNE.

Réunion du 11 Octobre 1888

La séance est ouverte à Paris, 14, rue Pierre-Lescot, à 4 heures de l'après-midi.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. de Fourmestraux, président, délégué des médecins de l'arrondissement de Versailles à la Commission de réorganisation du service départemental de l'assistance publique, donne lecture des deux pièces suivantes qui indiquent le résultat des travaux de cette commission touchant le service des indigents, et les conclusions du Conseil général relatives au service de la protection des enfants du premier âge.

1° *Service des Indigents.*

L'an 1888 le 18 août, les Membres composant la commission dite de réorganisation du service médical des indigents, se sont réunis en l'Hôtel de la Préfecture de Versailles.

Étaient présents ; MM. Laurent, secrétaire général, représentant M. le Préfet ; Huche et Peyron, conseillers généraux ; les docteurs Leroy, Diard et De Fourmestraux, médecins délégués par leurs confrères ; le docteur Sellier, inspecteur de l'assistance publique, et Collin, sous-chef de bureau à la Préfecture.

Absents excusés : les docteurs Pasturaud, Gautier et Surbled.

M. le Secrétaire général, après avoir ouvert la séance, donne lecture de la circulaire adressée après la réunion du mois de juillet dernier, aux Maires du département.

Cette circulaire demandait aux conseils municipaux d'inscrire à leur budget une somme de 20 centimes par habitant dont le total ajouté aux 19,000 francs inscrits au budget départemental devait servir à assurer aux médecins adhérents au Service Médical gratuit, une indemnité annuelle de 3 francs par tête d'indigent soigné, au lieu de leur résidence, et cette même indemnité de 3 francs majorée d'une indemnité kilométrique de 50 centimes pour les indigents soignés hors du lieu de résidence du médecin.

475 communes consultées ont répondu ; 57 ont adhéré au projet, les autres l'ont repoussé avec des considérants variables.

Cette consultation demandée aux communes était la seconde. La première, trop avantageuse pour elles, ne leur demandait qu'une indemnité d'un franc par tête d'indigent inscrit. On avait voulu espérer que le conseil général prendrait à sa charge les deux autres francs et l'indemnité kilométrique. A ce premier projet les Communes avaient adhéré en grande partie ; mais le conseil général ne put accepter de porter à son budget une somme de près de 20,000 francs supérieure à celle des 19,000 francs antérieurement inscrite.

Cette fois, changeant les proportions, on demandait aux Communes (en leur indiquant de s'imposer de 20 centimes par habitant) de prendre à leur charge un peu plus des deux tiers de la dépense nécessaire pour assurer le service. Elles ont répondu dans les proportions de huit contre un environ par un refus d'adhérer.

Vis-à-vis de ce mauvais vouloir des conseils municipaux qui ne paraissent pas comprendre que c'est aux communes que, sauf exception, il appartient de payer les soins donnés à leurs indigents, la commission a pensé qu'un seul moyen existait, faire un nouvel appel au désintéressement des médecins, et négligeant pour l'instant de faire intervenir l'indemnité kilométrique dans le budget nécessaire à assurer le fonctionnement du service, a établi ses calculs de la façon suivante :

Le nombre des indigents qui en Seine-et-Oise réclament les soins médicaux gratuits est de 15,000 environ ; en indemnisant à raison de 3 francs par tête d'indigent les médecins, il faudra 45,000 francs pour assurer le fonctionnement du service.

De ces 45,000 francs, la moitié, c'est-à-dire 22,500 francs serait demandée aux communes, cela représentera 1 fr. 50 par tête d'indigent. Le conseil général, qui sait comprendre combien la question en litige est d'un ordre élevé, serait appelé à voter lui aussi 22.500 fr., c'est-à-dire à majorer de 3,500 francs le crédit de 19,000 francs antérieurement inscrit à son budget.

La répartition des 45,000 francs se ferait de la façon suivante : Les médecins toucheraient 2 fr. 50 par tête d'indigent soigné. — 15,000 multiplié par 2,50 égale 37,500.

Les 7,500 francs restant disponibles sur le crédit des 45,000 francs seraient répartis à titre d'indemnité kilométrique aux médecins soignant des indigents hors du lieu de leur résidence.

2° *Protection des enfants du premier âge. Conseil général, Séance du 28 Août 1888.* — Le Conseil général,

Vu la pétition des délégués du corps médical tendant à la réorganision du service de protection des enfants du premier âge ;

Vu le rapport de M. l'Inspecteur de l'Assistance publique ;

Considérant que les pétitionnaires réclament la simplification des écritures auxquelles les médecins inspecteurs sont tenus pour la constatation de leurs visites ;

Que, tout en reconnaissant la possibilité et même l'utilité de simplifier quelques formalités surabondantes, le Conseil général n'a pas qualité pour donner satisfaction aux réclamations du corps médical : que toutes ces pièces de contrôle et de statistique sont imposées par le règlement d'administration publique du 27 février 1887 ; Que l'État, payant la moitié des frais de surveillance, est en droit de prescrire les formalités qu'il juge nécessaires à son contrôle ;

Que l'assemblée départementale peut seulement sur ce point émettre un avis favorable aux desiderata des pétitionnaires ;

Que le corps médical demande églement que le service d'inspection puisse être confié soit au médecin désigné par les parents, soit à celui qui aura délivré le certificat de la nourrice ;

Qu'il semble difficile de donner sur ce point satisfaction complète aux réclamants ; qu'en effet les inspecteurs des enfants du premier âge sont aux termes mêmes de la loi, chargés d'un véritable service public ; que la jurisprudence leur attribue la qualité de *fonctionnaires publics* (arrêt de cassation du 28 juin 1888) ; que dans ces conditions leur désignation ne peut appartenir ni aux parents, ni à la nourrice ; que l'administration seule dont ils détiennent une partie de l'autorité et qu'ils représentent, peut leur conférer une délégation régulière ;

Que cependant il paraît légitime de ne pas restreindre le libre choix des familles et de ne pas créer au profit d'une partie des médecins du département une sorte de privilège sur leurs collègues ; qu'il serait possible, sans compromettre le fonctionnement du service de surveillance, de déléguer le droit d'inspection à tous les médecins qui en feraient la demande et qui prendraient l'engagement de se conformer aux règlements en vigueur ; que cette délégation étant toujours révocable au gré de l'administration, l'augmentation du nombre des médecins inspecteurs ne peut présenter aucun inconvénient ;

Qu'il serait tout au moins nécessaire de remanier les circonscriptions d'inspection, d'en augmenter le nombre et de créer une circonscription dans toutes les communes où il existerait un médecin demandant à exercer les fonctions d'inspecteur ; que cette modification répondrait d'ailleurs au vœu exprimé par le Conseil général dans sa délibération du 26 août 1885 ;

Qu'enfin les délégués du corps médical demandent que le tarif de rémunération voté par le conseil général le 26 août 1885 soit revisé et que les médecins inspecteurs, au lieu d'être payés à forfait, soient rémunérés comme dans le département de Seine-et-Marne, c'est-à-dire : Un franc par visite dans le lieu de résidence du médecin, un franc dans les autres localités avec une indemnité kilométrique de 70 centimes ;

Que le conseil général, sans discuter la nécessité de rendre la rémunération des médecins plus équitable et plus en rapport avec les services rendus, ne peut statuer sur cette question sans avoir entre les mains les documents nécessaires pour connaître l'étendue des sacrifices que ce nouveau mode de règlement imposerait au département ;
La 4e Commission entendue ; Délibère:
M. le Préfet est prié de transmettre à l'Administration supérieure le vœu du Conseil général tendant à simplifier les écritures exigées des médecins inspecteurs.
De faire examiner la possibilité de réorganiser le service de surveillance des enfants du premier âge, soit en accordant le droit d'inspection à tous les médecins qui en font la demande, soit tout au moins en augmentant le nombre des circonscriptions et en nommant un inspecteur dans chaque commune où il existerait un médecin acceptant ces fonctions.
De faire calculer les charges que le département aurait à supporter par suite de l'application du tarif des délégués du corps médical.

M. le Président propose à l'assemblée d'accueillir favorablement les conclusions de ces deux rapports qui témoignent de la bonne volonté de l'administration et prouvent son vif désir de donner satisfaction aux réclamations du corps médical aussitôt que les circonstances le permettront. L'assemblée adopte cet avis, sous réserve que les solutions proposées n'auront qu'un caractère provisoire, et que la question reste à l'étude pour des améliorations plus sérieuses.

L'ordre du jour appelle ensuite la question des Assurances contre les accidents. L'Union des syndicats de Seine-et-Oise n'ayant pu être saisie à temps des résolutions votées en Avril par le Syndical de l'arrondissement de Versailles, l'assemblée estime qu'il y a lieu: 1° de rappeler ce vote au présent procès-verbal, et 2° par l'envoi de celui-ci aux autres Syndicats du département, de les saisir pour leurs prochaines séances des conclusions adoptées. (Voir compte rendu de la Réunion du 12 avril 1889.)
L'assemblée émet ensuite le vœu que l'unique réunion annuelle de l'Union des Syndicats soit désormais une réunion plénière de tous les médecins syndiqués du département. Il est en effet nécessaire que les délibérations qui doivent aboutir à des formules définitives soient largement ouvertes aux intéressés, et que le vote final acquière le plus de poids possible par le nombre imposant de ceux qui y prennent part.

M. le président donne lecture de deux Dossiers qui lui ont été adressés par deux membres du syndicat concernant des faits graves d'exercice illégal, que l'assemblée ne croit pas devoir laisser passer inaperçus. En conséquence, MM. de Fourmestraux et Darin, président et vice-président, après avoir exposé la marche qu'il leur paraît utile de suivre pour donner à ces deux affaires la solution qu'elles comportent, reçoivent mandat d'agir au nom du Syndicat et de communiquer à la réunion de janvier le résultat de leurs démarches.

M. le Dr Lemenant des Chesnays est chargé par la réunion d'entrer en rapport avec un confrère récemment installé dans sa région, et qui aurait accepté d'une Société de Secours mutuels des arrangements peu compatibles avec les règles de bonne confraternité et de dignité professionnelle. Le confrère délégué pour cette délicate mission rendra compte de ses démarches à la réunion prochaine.
La séance est levée à 7 heures.

Un banquet nombreux et joyeux, *quoique* obligatoire, a dignement couronné la journée bien remplie dans le devoir professionnel.

Le Secrétaire,
Dr Jeanne.

REPORTAGE DE LA SEMAINE

L'eau de source et la fièvre typhoïde à Paris.

Paris ne fournit que 100 litres d'eau à ses habitants ; d'autres capitales en fournissent, comme New-York, dix fois plus ; aussi la fièvre typhoïde fait chez nous quatre fois plus de victimes qu'ailleurs. La filtration des eaux à domicile est une précaution vaine, si l'eau filtrée est impure comme l'est celle de la Seine. Le Conseil municipal a fait don aux casernes de 120 litres d'eau par homme et par cheval dont 40 d'eau de source pour les premiers. On verra, l'année prochaine, la fièvre typhoïde cesser ses ravages parmi nos soldats. Conclusion : il faut à tout prix amener à Paris les eaux de l'Avre et ensuite toute l'eau de source nécessaire pour fournir de 300 à 500 litres par habitant.

— A Rome, on voulait élever un hôpital modèle et là, comme en France, le bâtiment à construire devrait prendre plus de la moitié des trois millions destinés à cette création. Les médecins italiens s'élèvent contre cette prodigalité ; ils veulent seulement les constructions de nécessité et le luxe seulement dans les moyens de propreté et les soins consacrés aux malades. Gageons que les architectes vont l'emporter !

— M. Auchois, de Paris, a légué un million à l'hôpital français de Londres, créé il y a vingt ans par un médecin français, M. le Dr Voutras.

— M. le Dr *Chassagne* demande que, comme en Italie, on adopte, dans notre armée, qui compte 1400 médecins, les appellations, médecin-colonel, médecin-commandant, médecin-capitaine. Ces dénominations seraient bien souhaitables.

— Le Dr *Sincère*, dans la *Loire médicale*, propose de substituer à la fourniture du pain par un concessionnaire, aux hôpitaux, l'achat direct du pain de bonne qualité, à un boulanger. En effet, le pain des hospices, à Paris et en province, est souvent adultéré par l'addition de farines inférieures ; il est bien plus facile de constater que le pain acheté est de bonne qualité.

— Désormais, à dix ans, tout enfant des écoles publiques devra être revacciné (décision du ministre de l'instruction publique). Les médecins, délégués cantonaux, doivent veiller à l'exécution de cet arrêté.

— Le 25 mars s'ouvrira, à Paris, un concours pour deux places de chirurgiens des hôpitaux.

Empoisonnement d'un sous-préfet par un médecin.—Le Dr Jaubert, frère du sous-préfet de Barcelonnette avait prescrit à celui-ci un gramme d'antipyrine ; l'ordonnance écrite précipitamment

et au crayon fut portée par une domestique chez le Dr Richaud, de Seyne, qui avait chez lui des médicaments. Ce médecin étant absent, sa sœur reçut l'ordonnance et lut *atropine* au lieu *d'antipyrine*. Elle hésita un moment pour délivrer *un gramme d'atropine*, mais elle finit par céder aux instances de la domestique. — Quelques instants après le Dr Richaud rentra ; mis au courant de ce qui venait se passer, il courut chez le Dr Jaubert ; il était trop tard, le médicament était absorbé et malgré le contre-poison administré, le sous-préfet succomba dans la soirée.

Cet empoisonnement doit mettre en garde certains médecins qui laissent délivrer trop légèrement les médicaments qu'ils détiennent. Le médecin qui fournit des médicaments à d'autres personnes qu'à ses malades viole la loi qui lui interdit formellement d'avoir officine ouverte.

Sœur de charité exerçant la pharmacie avec un prête-nom. — Le tribunal correctionnel de Lyon a condamné à 500 francs d'amende la sœur Pétronille, qui s'occupait spécialement de la direction de la pharmacie d'un couvent. Même condamnation contre le pharmacien prête-nom ; de plus, le tribunal a ordonné la fermeture de la pharmacie et condamné les deux prévenus à payer solidairement au Syndicat des pharmaciens une somme de 100 francs.

Fils de pharmacien ayant géré l'officine de son père décédé. — A Gontaud (Lot-et-Garonne) un pharmacien étant décédé, sa veuve et son fils conservèrent son officine pendant l'année réglementaire, et l'année révolue, le fils, qui n'avait pas encore de diplôme, continua à gérer seul.

Peu de temps après l'expiration du délai légal, un autre pharmacien dénonça le fait. Ordre fut donné de fermer la pharmacie, mais le jeune homme n'ayant pas obtempéré à cette injonction il fut poursuivi et condamné à 500 francs d'amende pour exercice illégal de la pharmacie ; de plus, le Tribunal a ordonné la fermeture de l'officine illégalement ouverte.

Un faux docteur. — Le tribunal correctionnel de Marseille a condamné pour exercice illégal de la médecine un sieur Daudé qui se faisait appeler le Dr Grégoire. Il ne se faisait pas payer d'honoraires et se bornait à demander 10 ou 20 fr. pour faire venir des médicaments qu'il oubliait de distribuer à ses clients. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que à Montpellier, où il a habité longtemps, « aucune consultation n'avait lieu, pour un cas grave, sans qu'il y fût appelé en même temps qu'une des sommités de *la Faculté de médecine* » !

Le maître responsable des honoraires dus à un médecin par son domestique. (Tribunal de Châlons-sur-Marne.)

Le maître qui a pris l'initiative de l'appel du médecin auprès de son domestique peut, selon les circonstances, être considéré comme directement obligé au payement des honoraires qui seront ultérieurement réclamés, alors, surtout, que le serviteur sera inconnu du médecin et à plus forte raison si, après le traitement, le maître l'a laissé partir ou congédié à l'insu du docteur, sans le contraindre ou l'inviter à désintéresser celui-ci.

Mais l'obligation de ce maître ne saurait être étendue au-delà des limites dans lesquelles serait tenu lui-même celui qui a profité du traitement ; en sorte que le tribunal saisi aurait à fixer le prix des soins fournis en tenant compte non seulement de la gravité du mal et du résultat obtenu, mais aussi des ressources du domestique.

NÉCROLOGIE

MORT DU DOCTEUR JULES HONNORAT. — Le docteur Jules Honnorat, ancien interne des hôpitaux de Lyon, est mort le 1er février, à Vienne (Isère).

Il s'était piqué au pouce avec un bistouri dont il venait de se servir pour opérer un enfant atteint de croup. A la suite se développèrent d'une façon très insidieuse les symptômes d'une intoxication septique d'une épouvantable gravité. Les signes d'un empoisonnement du sang se montrèrent en même temps qu'une lymphangite infectieuse avec œdème malin du bras et de la paroi thoracique. L'intoxication générale laissait peu de valeur au traitement chirurgical et deux interventions opératoires ne purent enrayer la marche des accidents.

Il est mort de la plus noble des morts, comme un soldat à son poste, d'une blessure, à la fois à plaindre et à envier.

— Le Dr Masseloux, de Clussais (Deux-Sèvres), vient de mourir à l'âge de 46 ans, d'une diphthérie contractée au chevet d'un malade atteint de cette terrible affection. Le patient, pendant une cautérisation, envoya, involontairement, une pleine bouche de matières diphthéritiques au visage du médecin, dont la barbe, les joues, etc., furent inondées. Peu de jours après, Masseloux mourait, laissant une jeune femme et quatre petits enfants. Les obsèques du regretté confrère ont eu lieu au milieu d'une affluence énorme de population, douloureusement émotionnée par ce terrible accident.

Le Dr Boudard (de Sauzé), au nom du corps médical, s'est fait sur la tombe de son excellent confrère, l'interprète des sentiments de regrets et d'affectueuse sympathie, causés par cette mort si imprévue.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL.

M. le Dr DESMOULINS, St-Amand en Puisaye, présenté par M. le Docteur Laurent, de Cosne.

M. le Dr MORDAGNE, à Fourny, présenté par M. le Docteur Vico, à Etrepagny.

BIBLIOGRAPHIE

Aux bureaux du *Progrès médical*, Paris, 14, rue des Carmes : *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie*, compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1887, par BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, SOLLIER, PILLIET, RAOULT, internes du service et BRICON, conservateur du musée.

Un beau volume in-8° de LX-264 pages avec 27 figures dans le texte. — Prix : 5 francs.

Maladies des Poumons et du système vasculaire, par J. M. CHARCOT, tome V des œuvres complètes.

Un beau volume in-8° de 640 pages, avec 51 figures dans le texte et 2 planches en chromo-lithographie. — Prix : 15 francs.

De l'étiologie de la Phthisie pulmonaire et laryngée et de leur traitement à toutes les périodes de la maladie, par le docteur H. LIBERMANN (de Strasbourg), ancien médecin principal de 1re classe de l'armée. Paris, G. MASSON, éditeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 9 | 2 Mars 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Epilepsie symptomatique guérie par l'ablation d'une tumeur cérébrale.

MM. Péan, Gélineau et Ballet ont communiqué à l'Académie de Médecine l'observation remarquable d'un homme qui présentait des attaques épileptiformes depuis 6 ans sous l'influence d'une tumeur cérébrale et qui en a été complètement guéri par l'ablation du néoplasme. La hardiesse et l'habileté de l'opérateur ont bien secondé en cette circonstance la précision du diagnostic des médecins. Bien que l'ablation des tumeurs cérébrales ne rentre pas précisément dans la chirurgie pratique, ou du moins courante, nous croyons qu'il est utile de mettre en lumière les considérations qui ont engagé les médecins à requérir l'intervention chirurgicale ; car chacun de nous peut rencontrer dans sa clientèle un malade considéré comme épileptique incurable et auquel on pourrait peut-être rendre la santé par une opération heureuse, si le diagnostic d'épilepsie symptomatique et la localisation précise de la lésion épileptogène étaient nettement posés.

Il s'agit d'un jeune homme, actuellement âgé de 28 ans, qui fut pris à 22 ans d'accidents épileptiformes. Les crises, dès cette époque, se reproduisirent avec une certaine régularité. Elles survenaient tous les huit ou dix jours environ. A différentes reprises elles se rapprochèrent et même, au mois de juillet 1886, elles arrivèrent à constituer une sorte d'état de mal. Ces crises, observées avec grand soin par Gélineau, présentaient tous les caractères de l'épilepsie partielle la plus typique. Pendant plus de cinq ans les attaques furent combattues avec un certain succès par le traitement bromuré. Mais, au mois de décembre 1888, en dépit de la médication instituée, les accès allèrent se rapprochant au point de constituer une menace pour la vie. C'est alors que M. Gélineau, constatant l'insuffisance du traitement médical et se basant sur les travaux publiés dans ces derniers temps, pensa qu'il s'agissait d'une épilepsie jacksonnienne causée vraisemblablement par une tumeur cérébrale et qu'il y avait lieu d'agiter la question d'une intervention opératoire.

Le vendredi 7 décembre, MM. Péan, Ballet, Gélineau étaient réunis en consultation. Depuis 48 heures le malade était en proie à des accès rapprochés, la température s'était élevée au-dessus de 40°, chaque crise était caractérisée de la façon suivante. En premier lieu, spasmes douloureux du gros orteil droit, puis raideur du membre inférieur correspondant, convulsions toniques, puis cloniques de ce membre, qui se propageaient ensuite au bras, et à la face du même côté. La perte de connaissance ne survenait pas à chaque accès. Lorsqu'elle avait lieu, elle ne se produisait qu'à une période avancée de la crise. Elle n'en marquait jamais le début. Dans l'intervalle des accès qui se succédaient d'assez près, on constatait un état parésique très net du membre inférieur droit. D'après ces différents caractères, M. Ballet n'hésitait pas à affirmer qu'on se trouvait, comme l'avait pensé M. Gélineau, en présence d'une lésion occupant le centre moteur du membre inférieur droit ou son voisinage immédiat.

Quant à la nature de la lésion, en l'absence d'antécédents spécifiques et tuberculeux d'une part, étant donné le jeune âge du malade, qui ne permettait guère d'admettre l'hypothèse d'un foyer de ramollissement cortical, il était à peu près certain qu'on avait affaire à une tumeur cérébrale. Il fut décidé qu'on pratiquerait la trépanation avec ouverture de la dure-mère au voisinage du centre moteur du membre inférieur. L'opération, dans leur pensée, devait avoir pour résultat certain de déterminer la décompression de ce centre, si les circonstances le permettaient, de les amener à enlever la tumeur dont le siège avait été diagnostiqué.

Les symptômes autorisant à affirmer que cette tumeur siégeait au niveau ou au voisinage immédiat du centre moteur du membre inférieur, c'est-à-dire au niveau de la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante gauches, il s'agissait de déterminer le point précis de la cavité crânienne sur lequel devait être appliqué le trépan.

En s'en référant aux indications fournies par les données actuellement acquises sur la topographie cranio-cérébrale, Ballet délimita ce point de la façon suivante.

Une première ligne horizontale fut tracée, partant de l'apophyse orbitaire externe jusqu'à sept centimètres en arrière. Puis, à l'extrémité de cette ligne, une perpendiculaire de trois centimètres fut élevée de façon à obtenir un premier point de repère qui fut marqué. Ce point, comme l'a indiqué Lucas-Championnière, correspondait à l'extrémité inférieure du sillon de Rolando. Pour avoir la direction exacte de ce sillon, autour duquel sont localisés les centres moteurs, il restait à en déterminer la partie supérieure. Dans ce but, un ruban fut conduit verticalement, d'un conduit auditif à l'autre. Puis, sur la ligne médiane du crâne, à 47 millimètres en arrière du ruban, on marqua le second point de repère. Celui-ci, comme on le sait, correspondait à l'extrémité supérieure du sillon Rolandique. Sur la partie gauche du crâne, en dehors de la suture sagittale, autour et au-dessous de cette extrémité ainsi déterminée, Ballet traça une circonférence de la largeur d'une pièce de deux francs environ. Les téguments du crâne furent incisés à ce niveau, en ayant bien soin de conserver le périoste qui fut détaché en même temps qu'eux. La couche osseuse fut enlevée par morcellement au moyen du polytritôme et de la pince emporte-pièce sur le point indiqué. La dure-mère ainsi mise à nu était saine : elle fut incisée crucialement. A peine cette incision était-elle faite, qu'une gouttelette de sérosité louche apparaissait mélangée au liquide céphalo-rachidien. Au-dessous de la dure-mère, la pie-mère se montra parcourue par une grosse veine qui coupait en deux, dans le sens transversal, le champ opératoire. Cette membrane avait, en avant, sa transparence normale, tandis qu'en arrière elle était blanchâtre, jaunâtre, un peu bombée.

Elle recouvrait donc en avant une circonvolution manifestement normale, tandis qu'en arrière il semblait qu'elle était soulevée par un néoplasme. M. Péan incisa à son tour circulairement autour de la portion jaunâtre et chercha à la détacher. Il vit de la sorte qu'elle adhérait à une tumeur reconnaissable à sa coloration jaunâtre, à l'ablation de laquelle il procéda par la méthode de morcellement, en procédant du centre à la périphérie.

Il parvint de la sorte à enlever le néoplasme en totalité sans que la substance cérébrale, dans laquelle celui-ci était comme enchassé, fut intéressée d'une façon au moins notable. Ce temps de l'opération exécuté, on constata la présence d'une cavité formée vraisemblablement par refoulement de la substance grise. La tumeur parut à M. Cornil être un fibro-lipôme développé aux dépens de la pie-mère.

Un drain fut placé dans la cavité laissée par la tumeur, les quatre lambeaux de la dure-mère furent suturés au catgut, et ceux du cuir chevelu, au crin de Florence. Puis le tout fut recouvert d'un pansement antiseptique, iodoformé, sublimé.

La plaie se comporta régulièrement sans suppurer. Huit jours après l'opération, les fils et le tube étaient enlevés. Le dixième jour, la cicatrisation était complète.

Dès le lendemain de l'opération, les crises épileptiques, qui, la nuit précédente, étaient au nombre de 37, diminuèrent ; le malade n'en eut plus que six. Les jours suivants, il eut encore quelques accès convulsifs, des phénomènes délirants et hallucinatoires, des manifestations parésiques du côté droit. Aucune complication n'ayant eu lieu du côté de la plaie, ces divers phénomènes doivent être rattachés à l'irritation de la substance cérébrale résultant des manœuvres nécessitées par l'opération. Elles ont, d'ailleurs, affecté les caractères qu'on attribue à ce qu'on a très justement appelé les *équivalents de l'épilepsie partielle.*

Actuellement, l'opération remonte à deux mois et demi. Le malade, depuis deux mois, n'a présenté aucune manifestation épileptiforme. Il se considère comme guéri. La plaie du tégument du crâne, cela va sans dire, est parfaitement cicatrisée. Il persiste une dépression au niveau du point trépané, mais cette dépression ne gêne nullement le malade, et à l'inspection du crâne on ne constate rien d'anormal. C'est seulement à la palpation qu'on sent la dépression.

C'est la première fois qu'en France la trépanation a été pratiquée pour une tumeur cérébrale, sans qu'il existât ni plaie, ni cicatrice, ni saillie des téguments ou des os du crâne. A l'étranger, il n'y a guère eu que trois faits analogues de publiés. Ils appartiennent l'un à Jackson, deux à Ferrier. Les malades ont été opérés par Horsley.

Nous ne pouvons suivre pas à pas la discussion sur **l'étiologie du tétanos** qui se continue à l'Académie. M. Trasbot, M. Verneuil ont pris la parole dans la dernière séance, et la discussion continue. Si elle aboutit à une conclusion, ce qui est rare dans une polémique de ce genre, où chacun couche sur ses positions sans avoir réussi à déloger ses adversaires, nous l'enregistrerons.

M. Guyon a rapporté deux cas de **néphrorrhaphie pour des déplacements du rein.**

Recherches sur les microbes de l'estomac.

M. *Abelous* a isolé dans les produits de fréquents lavages de son propre estomac à jeun, seize espèces de microbes dont il a étudié les caractères morphologiques et l'action sur les substances alimentaires.

Ces 16 espèces comprennent 7 micro-organismes connus, savoir : *la sarcina ventriculi ; le bacillus pyocyaneus ; le bacterium lactis aërogenes ; le bacillus subtilis ; le b. mycoïdes ; le b. amylobacter ; le vibrio rugula*, et 9 autres bactéries qui n'avaient pas été décrites dont 1 *coccus* et 8 *bacilles.*

Tous ces microbes résistent à l'action d'un suc gastrique artificiel (à 1 gr. 7 d'HCl. p. 1000), pendant un laps de temps dépassant de beaucoup la durée moyenne de la digestion stomacale, surtout quand les cultures sont riches en spores.

10 de ces microbes sont des anaérobies facultatifs. Voici les résultats généraux de l'action de ces microbes sur les substances alimentaires.

Chacun de ces microbes a une action plus ou

moins énergique sur certaines substances alimentaires, 10 attaquent l'albumine ; 12 la fibrine ; 9 le gluten ; 10 transforment plus ou moins complètement le lactose en acide lactique ; 8 ont une action inversive sur le sucre de canne ; 11 forment plus ou moins d'alcool aux dépens du glucose ; 13 forment des quantités variables de glucose aux dépens de l'amidon.

Mais les résultats les plus remarquables sont fournis par l'action de tous ces microbes à la fois sur chaque substance alimentaire. Dans ces conditions (surtout lorsque le milieu est additionné de craie), on observe une décomposition très rapide et très énergique avec dégagement de gaz et formation de produits, tels que la leucine, le tyrosine, l'indol, le skatol, certains acides gras et des composés ammoniacaux. Des quantités considérables de matières alimentaires peuvent être ainsi décomposées au bout de très peu de temps.

En résumé, ces microbes doivent être des facteurs très importants dans les actes de la digestion.

Le véritable théâtre de leur action doit être l'intestin, et non l'estomac, car la durée de la digestion stomacale n'est pas suffisante pour permettre aux microbes (au moins in vitro) de décomposer des quantités appréciables de matière alimentaire. Ces recherches prouvent une fois de plus que, s'il y a de mauvais microbes pathogènes, il y en a de bons, qui sont nos collaborateurs pour les actes physiologiques. Comme l'a dit si bien M. Duclaux, il y a une digestion par les microbes superposée normalement à la digestion par les ferments solubles des sucs digestifs.

Des fractures intra-utérines.

M. le Dr J. *Vilcoq* a étudié avec soin cette question. L'existence des FRACTURES INTRA-UTÉRINES, d'observation ancienne, vivement discutée au commencement du siècle, est actuellement admise par tous les auteurs.

Les *fractures traumatiques* sont celles dont l'étiologie prête le moins à la discussion. Le traumatisme, quelle que soit la façon dont il agit, paraît en être la cause unique. Ce traumatisme qui produit la fracture, se montre le plus souvent dans la seconde moitié de la grossesse. L'avortement n'est pas fatal. Bien loin de là, la femme conduit le plus souvent sa grossesse à terme. La possibilité de la production de fractures du crâne soulève un problème de médecine légale de la plus haute importance.

Dans les *fractures avec arrêts de développement ou vices de conformation quelconques*, on trouve la plupart du temps un traumatisme dans les antécédents maternels. Quels sont les rapports qui existent entre ce traumatisme et les malformations diverses que l'on peut observer sur le fœtus ? Quel est le mécanisme de la fracture ? Les hypothèses sont nombreuses et la question est loin d'être élucidée.

Les *fractures syphilitiques* ne semblent pas exister. Ce qu'on a décrit comme telles se rapporte à des décollements épiphysaires. Le diagnostic d'une fracture ou d'un décollement épiphysaire présente cependant parfois, même au point de vue histologique, de réelles difficultés. Les *fractures d'origine rachitique*, les fractures dues à *une fragilité ou à une mollesse particulière du squelette fœtal*, pourraient être rangées dans la classe des *fractures dites spontanées*. Ces altérations osseuses jouent certainement un rôle des plus importants. Quant à la cause déterminante, si minime qu'elle puisse être, elle doit certainement entrer en ligne de compte, bien qu'elle passe le plus souvent inaperçue.

Les fractures rachitiques constituent un type nosologique bien distinct. Pour ce qui est des observations de fractures avec fragilité particulière du tissu osseux, les examens histologiques ne sont pas assez nombreux pour qu'il soit permis de créer un type spécial.

Si l'on considère maintenant les fractures congénitales en général, on peut tirer de leur étude les conclusions suivantes : Les plus fréquentes sont celles de jambe. Elles sont souvent associées à des malformations diverses siégeant principalement sur le membre malade. Une mention spéciale doit être faite à propos de l'absence complète ou partielle du péroné qui est un des caractères les plus constants et les plus intéressants de leur histoire.

Au point de vue de la variété des complications, elles présentent de grandes analogies avec les fractures de l'adulte. La guérison dans l'utérus est un fait indiscutable.

Le traitement chirurgical (ostéoclasie, ostéotomie, ténotomie) atténue notablement la gravité du pronostic au point de vue fonctionnel. L'intervention doit être tentée à un âge approprié quand il n'existe pas de malformations incompatibles avec l'existence de l'enfant.

Les périfolliculites suppurées agminées en plaques

La microbiologie joue un rôle de plus en plus marqué dans la dermatologie, ainsi que le montrent d'intéressantes recherches de M. le Dr *Joannes Pallier*, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

Les périfolliculites suppurées agminées en plaques des parties glabres de la peau constituent maintenant une entité morbide définie qui doit prendre place dans le cadre nosologique des maladies cutanées.

Dans la classification, sa place est marquée auprès du sycosis non parasitaire, avec lequel elle a des rapports anatomiques très étroits. Au point de vue microbien, on la rangera entre le furoncle et le clou de Biskra.

Un seul placard plus ou moins étendu est la manifestation ordinaire de cette lésion ; il en existe quelquefois deux, rarement trois ; la multiplicité des plaques est exceptionnelle. L'affection est rigoureusement cantonnée dans la partie du derme atteinte par l'inflammation ; la peau est libre sur les parties profondes : pas de retentissement de voisinage dans les lymphatiques et les ganglions ; pas de douleurs vives, un peu de gêne, quelques démangeaisons ou élancements pendant la nuit.

Elle siège surtout sur les parties découvertes et particulièrement sur le dos des mains et sur les avant-bras, jamais dans la paume des mains ou à la plante des pieds. Elle évolue indépendante de l'état général du sujet, de son âge ou de son sexe.

A la période d'état, le placard caractéristique es

bien circonscrit, nettement délimité, à bords curvilignes arrondis et non géographiques ; intégrité de la peau tout autour ; surface mamelonnée, anfractueuse, boursouflée, inégale, irrégulière, souvent recouverte de croûtes ou de pus.

D'un point initial gros comme une lentille ou un petit pois, l'inflammation s'étend excentriquement et progressivement ou avance par poussées successives circonférentielles.

Sur la surface enflammée, orifices multiples qui donnent à la lésion l'aspect d'une véritable écumoire ; dans l'intervalle, petits amas jaunâtres sous-épidermiques, correspondant aux glandes folliculo-sébacées dilatées. Par la pression on fait sourdre des gouttelettes de pus par les orifices béants et des boudins vermicelliformes par les glandes rompues. Aspect d'une pomme d'arrosoir, qui est pathognomonique.

Cinq variétés cliniques : 1° forme *commune* de Leloir, qui atteint sa période d'état en dix ou douze jours, suppure franchement et évolue en six semaines ; — 2° forme *phlegmoneuse ou anthracoïde*, complication surajoutée et passagère de la précédente, constituant un retard dans la régression ; — 3° forme *papillomateuse*, d'une durée beaucoup plus longue, avec exubérance et anfractuosité plus grandes de la surface ; — 4° forme *pseudo-ulcéreuse*, plus tenace, récidivante, suppurant plus longtemps et sans tendance à la guérison ; — 5° forme *serpigineuse et virulente*, qui peut apparaître d'emblée ou être une transformation des premières ; caractérisée par des poussées successives, sans ordre et sans méthode, sur les limites du placard ; durée indéterminée de plusieurs mois.

Au point de vue anatomo-pathologique, c'est une inflammation et une suppuration des glandes folliculo-sébacées, avec infiltration du derme par des cellules embryonnaires, et hyperkératinisation de l'épiderme.

L'examen bactériologique fait par M. Pallier a montré, dans le pus et dans les tissus envahis, de nombreux monocoques et diplocoques en grains inégaux, disséminés entre les cellules et dans leur intérieur, avec quelques éléments en chaînettes, microbes pathogènes ou indifférents de la suppuration. Les cultures et les inoculations n'ont pas permis de voir d'autres bactéries. Le staphylococcus pyogènes albus de Rosenbach a paru être toujours présent en quantité considérable dans les préparations. C'est donc une lésion d'origine microbienne dans laquelle la bactérie pathogène, à l'état latent sur la peau, pénètre par effraction dans les glandes et trouve dans les tissus prédisposés un milieu de culture très favorable.

Cette prédisposition des tissus cutanés est due en grande partie à l'exposition à l'air vicié par les poussières, au contact persistant de liquides malpropres ou irritants, à la stagnation momentanée ou continuelle de tous ces détritus à la surface de la peau, aux traumatismes et aux inflammations ordinaires des parties exposées. La lésion n'est pas contagieuse d'individu à individu, ni sur le même sujet, quand la partie de la peau inoculée n'est pas dans des conditions favorables de réceptivité.

L'affection se rencontre le plus ordinairement chez les ouvriers touchant des matériaux malpropres ; chez les sujets peu soigneux, en contact continuel ou passager avec des liquides contaminés ; chez ceux qui soignent habituellement des animaux, ou chez les cultivateurs, qui dans leurs occupations diverses sont exposés plus que les autres à la contamination.

Le diagnostic est à faire principalement avec la trichophytie, l'acné agminée, l'anthrax, le clou de Biskra, l'épithélioma, le tubercule anatomique, l'eczéma, le lupus et la syphilis à ses différentes périodes.

Dans le pronostic, très réservé au point de vue de la durée et du degré de ténacité de l'affection, il faut tenir compte de la négligence du sujet et de son désir d'être soigné, car ici il faut tout attendre d'une médication bien conduite.

On devra se proposer, dans la thérapeutique, de rendre à la surface cutanée sa résistance par le repos, et d'atteindre le micro-organisme pathogène dans les culs-de-sac glandulaires par des moyens appropriés. Dans les cas ordinaires sans grande virulence, qui suppurent franchement et restent presque stationnaires, des bains prolongés pour dégorger les tissus, un pansement antiseptique par occlusion et compression de ouate suffisent pour amener la guérison en quelques semaines. Dans les cas graves par la durée, l'extension et la récidive, on pourra adjoindre aux premiers moyens des cautérisations énergiques au thermocautère ou au nitrate d'argent, des applications de solutions antiseptiques assez fortes d'acide phénique ou de sublimé. Si on ne réussit pas ou si le cas est particulièrement virulent, on fait un grattage très énergique à la curette, jusque dans la profondeur du derme ; on cautérise et on fait un pansement occlusif qu'on surveille très assidûment.

Le rétrécissement tricuspidien.

Le rétrécissement de l'orifice tricuspidien, dont il est fait à peine mention dans les ouvrages classiques, se voit plus fréquemment qu'on ne le croit en général ; cette opinion est en grande partie due à ce qu'on a oublié le plus souvent de vérifier sa présence ou son absence. M. le Dr R. *Leudet*, fils de l'éminent et regretté professeur de Rouen, vient de réparer cet oubli qui comble une lacune de la pathologie cardiaque.

Le rétrécissement tricuspidien peut être congénital ou acquis. *Chez le fœtus*, il peut être causé soit par un simple vice de conformation, soit par endocardite ou myocardite. Le mode de rétrécissement le plus fréquent, avant comme après la naissance, est l'adhérence entre les bords valvulaires. Parmi les complications il faut noter surtout les perforations au niveau des cloisons et le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Les principaux phénomènes sont de la cyanose, des déformations des ongles, des souffles diastolique ou systolique et d'autres signes nullement pathognomoniques ; aussi le diagnostic exact est-il impossible à cette époque.

La plus grande fréquence relative chez le fœtus du rétrécissement tricuspidien isolé semble due à ce qu'à cette époque le cœur droit travaille beaucoup plus que le gauche.

Après la naissance, parmi les causes étiologiques, le rhumatisme à tous les degrés (41 fois sur 60) occupe une place prépondérante. Comme il a déjà été noté, le porteur du rétrécissement tricuspidien est presque toujours une femme (86 fois sur 108). La mort survient dans la majorité des cas de 20 à 30 ans.

Le rétrécissement non congénital peut avoir trois origines. Ce sont par ordre de fréquence : *a*) L'adhérence et la soudure des valves. — *b*) La

sténose proprement dite de l'orifice. — c) L'obstruction de l'orifice due à des polypes ou à des végétations.

Presque toujours il y a un rétrécissement concomitant de l'orifice mitral (78 fois sur 114) ou d'un autre orifice du cœur ; mais le rétrécissement isolé de la tricuspide qui a été nié existe bien réellement (11 cas sur 114). C'est généralement l'orifice mitral qui l'emporte sur le tricuspide par son degré d'étroitesse.

Le rétrécissement tricuspidien par endocardite peut constituer un point d'appel pour des lésions ultérieures, par exemple pour la production d'ulcérations au cours d'états infectieux.

Les symptômes n'ont rien de fixe ; il est rare qu'ils soient tous réunis chez un malade.

Les symptômes généraux sont principalement des troubles par augmentation de la pression veineuse (cyanose, ascite, œdème, etc.).

Le purpura constituerait un bon signe en faveur de la localisation du rétrécissement à la tricuspide.

Comme signes physiques, on constate de préférence un soubresaut, au deuxième temps, un thrill ou frémissement localisé à la zone tricuspidienne, une sensation de ressort bandé subitement distendu (dans le cas d'obstacle par tumeur).

Une extension de la matité à droite du sternum, un souffle présystolique le plus souvent murmurant (manquant fréquemment) à maximum xiphoïdien, ou peu s'en faut.

Le pouls veineux des jugulaires fait souvent défaut même avec un rétrécissement très étroit ; il n'indique en somme que l'hypertrophie de l'oreillette droite ; plus souvent les jugulaires sont gonflées sans pouls veineux, quelquefois ondulantes ou avec léger mouvement à chaque rythme.

Le diagnostic est possible, car il existe des cas où cette lésion indiquée pendant la vie a été vérifiée à l'autopsie.

Cela s'est vu surtout les rares fois où la tricuspide était seule rétrécie : ce qui gêne le plus l'observation, c'est la coïncidence presque constante du rétrécissement d'un ou de plusieurs autres orifices du cœur. Il est impossible de faire le diagnostic d'après un seul signe.

Le pronostic semble être plus grave que dans les autres lésions valvulaires du cœur en ce qui concerne la durée de l'existence. Le degré de coarctation semble avoir peu de valeur.

Le traitement est absolument nul ; il faut se borner à chercher à calmer les phénomènes douloureux de l'asystolie qui se présente avec son cortège de symptômes habituels.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ascite chez les enfants.

Dans le précédent numéro, nous avons publié une observation que notre distingué confrère, M. le Dr Carrière, a eu l'obligeance de nous adresser et qu'il considère comme un exemple d'ascite idiopathique chez l'enfant. Nous avouons, pour notre part, n'être pas absolument convaincu que son observation très intéressante soit vraiment un cas d'ascite idiopathique. Nous avons, mon collègue, le Dr Queyrat et moi, étudié d'assez près la question de l'ascite chez les enfants à l'occasion d'une clinique que notre maître, M. le professeur Grancher, a faite sur ce sujet au mois de mars 1887, et nous avons conclu, après examen du petit nombre de faits dignes d'attention publiés sous la rubrique d'ascite idiopathique, que l'existence d'une ascite idiopathique n'est nullement démontrée ; notre maître a, lui aussi, formellement déclaré, dans la clinique à laquelle nous faisons allusion, qu'il ne croyait pas à l'ascite idiopathique.

D'ailleurs, la question de l'ascite chez l'enfant, comme le dit avec raison notre confrère, n'est pas traitée d'une manière bien satisfaisante dans la plupart des traités classiques. Aussi ai-je pensé être agréable à nos lecteurs en les faisant profiter des documents qu'avait réunis M. Grancher pour la clinique qu'il avait consacrée à ce sujet, et en y joignant un fait personnel assez curieux.

I.

Lorsque chez un enfant, c'est-à-dire chez un malade au-dessous de 16 ans — pour prendre la division un peu arbitraire des hôpitaux, — on constate les signes ordinaires de la présence d'un épanchement ascitique : ventre arrondi rappelant plus ou moins par sa forme celui des batraciens, mat dans les parties déclives (flancs et hypogastre) sonore dans les régions ombilicale et épigastrique, sensation plus ou moins nette de flot,— il y a lieu de se poser plusieurs questions et de diriger son enquête dans des voies différentes suivant l'âge du sujet.

Avant tout, il faut distinguer les ascites *mobiles*, dans lesquelles, en faisant coucher alternativement le malade sur l'un et l'autre flanc, on fait déplacer librement la masse du liquide, de certaines autres ascites, dans lesquelles les déplacements de l'épanchement sont restreints, ne s'accomplissent que lentement. Dans ces derniers cas il arrive souvent que les zones de sonorité et de matité soient moins nettement tranchées ; le flot, au lieu d'être perceptible aux deux extrémités du diamètre transverse de l'abdomen, ne se manifeste que dans des zones peu étendues. Dans ces cas aussi, la palpation profonde permet souvent de percevoir un peu d'empâtement, quelques froissements péritonitiques rappelant la crépitation neigeuse ou amidonnienne de Noël G. de Mussy. Dans ces cas enfin, la forme du ventre n'est pas régulièrement globuleuse, elle est plutôt cylindroïde ou irrégulièrement bosselée. En présence de ces ascites, incomplètement mobiles, avec indices de néo-membranes péritonitiques, on peut presque à coup sûr se diriger vers le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Mais là n'est pas la dificulté ; nous supposons que l'examen clinique fasse constater une ascite absolument typique, mobile. Il y a lieu d'éliminer, bien entendu les cas de maladies dites hydropigènes, mal de Bright, scarlatine, polyarthrite rhumatismale aiguë, rougeole. Il faut aussi mettre à part les cardiopathies arrivées à la période d'asystolie avec ascite et hydrothorax. Nous faisons ces éliminations, parce que le diagnostic dans ces cas ne soulève point de difficultés et nous disons qu'en dehors de ces cas les hypothèses à discuter se réduisent, suivant l'âge de l'enfant et les autres éléments d'information qu'on recueille par les commémoratifs et l'examen physique, à celles d'une *cirrhose atrophique*, d'une *cirrhose hyperthrophique* et d'une *tuberculose péritonéale*.

II.

On n'est pas enclin à soupçonner l'existence de la *cirrhose* chez l'enfant ; car bien peu de praticiens ont eu l'occasion d'en rencontrer. Cependant, la cirrhose existe chez l'enfant ; en 1878, une thèse soutenue par M. Grisey en publiait un certain nombre d'observations incontestables, vérifiées à l'autopsie ; il s'agissait de cirrhoses atrophiques. L'étiologie en est autre que celle de la plupart des cirrhoses vulgaires de l'adulte ; ce n'est pas l'alcoolisme qui est en cause, mais nous savons que l'inflammation interstitielle est le mode de réaction du foie contre une foule de causes d'irritation. Que le sang qui le traverse charrie de l'alcool ou des poisons minéraux, ou des microbes ou les produits chimiques fabriqués par ces microbes, son tissu conjonctif peut également s'enflammer. La fréquence des maladies infectieuses chez les enfants permet d'attribuer à celles-ci la part principale dans la production des scléroses viscérales chez lui, et il n'est pas illégitime d'admettre que les cirrhoses observées à cet âge sont les séquelles d'infections antérieures.

Quoi qu'il en soit de l'étiologie, la cirrhose atrophique existe dans l'enfance, mais non dans les premières années de la vie ; c'est de 6 à 15 ans qu'avaient les malades dont nous possédons les observations, et ce fait est en accord avec l'étiologie dont nous avons parlé ; car il faut que les sujets aient eu le temps de contracter plusieurs maladies infectieuses avant de réaliser la sclérose hépatique.

Dans les premières années de la vie, on peut rencontrer des cas de cirrhose hypertrophique, pour l'étiologie desquelles on a pu invoquer, outre les maladies infectieuses ordinaires de l'enfance, l'impaludisme dans certains cas, et qui sont probablement, dans d'autres cas, des modalités anatomiques et cliniques de l'hépatite syphilitique. Dans une observation publiée par M. Depasse, en 1886, dans la *Revue des maladies de l'Enfance*, il est question d'un enfant issu de père et de mère syphilitiques, qui eut, dès le début de sa vie, un coryza spécifique, et commença à dépérir au bout de trois semaines ; vers 3 ou 4 mois on constatait une ascite avec un foie volumineux ; à 6 mois on était obligé de lui faire une ponction qui retirait 1500 grammes ; plus tard on lui enleva encore 2000 gr., puis 500 grammes seulement l'année d'après. A partir de ce moment, l'ascite ne se reproduisit plus. A 17 mois on le sevrait, pendant qu'on continuait le traitement spécifique qui naturellement avait été institué de bonne heure. L'enfant se développait, et à 8 ans on le trouvait grand, fort, vif, ayant encore un foie gros et dur, mais n'en souffrant pas et n'ayant plus eu d'ascite.

Il n'est donc pas indifférent dans la première enfance d'établir le diagnostic de cirrhose hypertrophique, surtout quand la syphilis peut être en cause, puisque le pronostic est relativement assez favorable. Chez l'adulte, on signale depuis quelques années bon nombre d'ascites curables liées à des débuts de cirrhose atrophique vulgaire, celles-ci étant d'origine alcoolique, alors qu'on ne voit pas guérir les cirrhoses hypertrophiques. Chez l'enfant, le pronostic doit être considéré comme inverse ; on ne voit pas chez lui guérir la cirrhose atrophique, tandis qu'on peut enrayer certaines cirrhoses hypertrophiques.

Le volume du foie, sa consistance, sa déforma-
tion doivent donc être tout d'abord cherchés qu
on a constaté une ascite mobile ; existe-t-il
circulation collatérale sous forme de réseau
mentaire abdominal ? Y a-t-il des hémorrhoï
des varices pharyngo-œsophagiennes, des
taxis fréquentes ? Le taux de l'urée est-il
minué, celui de l'acide urique augmenté ave
urines rares, sédimenteuses, fortement coloré
Existe-t-il de l'ictère ? Voilà des points qu'il
faut pas négliger d'éclaircir.

III.

Mais, pour demeurer dans la vérité clini
c'est-à-dire songer au cas le plus probable d'a
sa fréquence, c'est à la *tuberculose abdomin*
qu'il faut penser, même en présence d'une as
mobile, sans traces apparentes de péritonite, a
même qu'il n'existe aucune douleur, qu'il n'y
pas de vomissements et que tout le tableau cl
que se borne à l'existence d'un gros ventre p
de liquide avec troubles digestifs et amaigri
ment des membres. La péritonite tubercule
larvée ou, pour parler plus exactement, la *tu*
culose péritonéale à forme ascitique pure, qu
observe de temps en temps chez l'adulte, est p
fréquente dans l'enfance.

Deux objections sont formulées par les par
sans de l'ascite idiopathique. « Mais il n'existe p
de lésions pulmonaires dans les cas que n
considérons comme des ascites à frigore. — D'a
leurs, ces ascites ont guéri. »

A la première objection, je répondrai que l
lésions pulmonaires n'ont pas toujours été ch
chées avec un soin assez minutieux et la tech
que la plus perfectionnée en combinant la perc
sion, la recherche des vibrations vocales par la p
pation et l'auscultation, et l'appréciation des qu
tés du murmure respiratoire, combinaison
moyens d'exploration qui seule permet le diagn
tic de la tuberculose pulmonaire précoce. Pour ce
raison, nous ne devons tenir qu'un compte méd
cre de toutes les observations anciennes d'as
dite idiopathique. Et, mention n'étant pas faite d
examen thoracique suffisant pour éliminer l'i
d'une tuberculose, nous ne pouvons accepter c
me témoignage de la nature non tubercule
d'une ascite, sa guérison ; car il y a des faits
contestables d'ascites guéries chez des tuber
leux qui présentaient des signes stéthoscopiq
grossiers de tuberculose pulmonaire.

Je puis citer à ce sujet une observation d'as
tuberculeuse, qui n'est pas moins curieuse p
son évolution que par la thérapeutique as
inattendue à laquelle la famille a attribué la g
rison.

Une petite fille d'une dizaine d'années ét
entrée à la clinique des Enfants avec une asc
et une bronchite, amaigrissement, fièvre vesp
rale, sueurs nocturnes. L'épanchement périton
était parfaitement mobile, le ventre à peine se
sible à la pression. D'après le volume de l'abd
men, on pouvait affirmer l'existence de trois
quatre litres de liquide. L'examen stéthoscopiq
révélait un souffle d'induration étendue au so
met gauche avec craquements humides ; dans l'e
pectoration on trouva des bacilles. Cette mala
fut donnée comme sujet de concours, c'est di
qu'elle fut examinée avec un soin particulier
ni juges ni candidats n'hésitèrent à porter le di
gnostic de tuberculose pulmonaire et péritonéa
avec ascite. L'enfant fut soumise à un traitem

à la fois général et local ; les parents pouvant s'imposer certains sacrifices, je leur conseillai d'emmener l'enfant à la campagne ; on était alors au commencement du printemps, et comme la petite ne pouvait guère marcher, par suite de sa faiblesse et de son gros ventre, elle devait passer la plus grande partie de la journée sur une chaise longue en plein air. Suralimentation, huile de foie de morue créosotée à aussi haute dose que possible, si le tube digestif la tolérait. Aucune boisson alcoolique, lait comme boisson exclusive. Applications alternatives de teinture d'iode, de vésicatoires volants, de collodion élastique et de compresses imbibées d'eaux mères de Salies de Béarn.

Tout ce traitement fut suivi scrupuleusement et on m'amenait la fillette toutes les six semaines ; au bout de quatre mois, la santé générale était très améliorée, l'embonpoint revenait, la toux était insignifiante, l'expectoration nulle ; la lésion pulmonaire était repassée du second degré au premier, mais le ventre n'était que très peu diminué de volume, et c'était la seule raison qui empêchât l'enfant de marcher comme elle eût voulu ; cependant, pour ne pas aller aussi vite que je l'aurais désiré, la diminution commençait, je constatai une diminution de plusieurs centimètres de périmètre abdominal au niveau de l'ombilic. Je n'entendis plus parler de ma malade pendant trois mois, lorsqu'un beau jour on me la ramena, mais cette fois absolument transformée : l'ascite avait disparu, et voici ce que les parents me racontèrent. La santé et les forces étant revenues, la fillette se désolait de ne pouvoir reprendre la vie ordinaire à cause de son hydropisie et le père conçut le projet de combattre ce symptôme rebelle par des sudations et de l'exercice. On fit marcher l'enfant presque de force de plus en plus chaque jour, puis on la fit promener en tricycle et le père m'a affirmé que l'ascite, après avoir diminué d'abord lentement, avait disparu en l'espace de quelques jours avec une rapidité miraculeuse à la suite d'une polyurie extraordinaire, et cette polyurie avait commencé le soir même d'une promenade en tricycle de plusieurs heures !

Ce qui est bizarre, ce n'est pas la disparition de l'épanchement péritonéal après une polyurie critique, mais bien la sollicitation de la polyurie par un exercice qui d'ordinaire ne provoque que la sudation. On peut se demander si les contractions réitérées des muscles abdominaux n'ont pas favorisé la résorption du liquide, ou s'il n'y a eu qu'une simple coïncidence. Tout ce que je puis affirmer, c'est que l'ascite avait disparu ; en palpant profondément l'abdomen, je trouvai un foie un peu gros, quelques ganglions mésentériques tuméfiés, il y avait encore une respiration très rude, même avec submatité au sommet du poumon gauche, mais à part ce reliquat, on pouvait considérer la tuberculose comme enrayée, et j'en conclus qu'il faut considérer la tuberculose péritonéale à forme ascitique comme curable. Cette observation n'est pas unique, et je tiens de mon maître Jules Simon qu'il a vu guérir plusieurs cas de péritonite tuberculeuse assez analogues.

Les autres formes de péritonite tuberculeuse plastique peuvent aussi être enrayées dans certains cas. Mais je crois que la forme ascitique est peut être la plus bénigne. Il y a un cas de Spencer Wells qui, croyant enlever un kyste de l'ovaire et pour ce motif pratiqua la laparotomie, constata une péritonite tuberculeuse ; sans s'émouvoir, il lava avec soin le péritoine et referma le ventre. Deux ans après, il revit la malade en parfaite santé. M. Bucquoy a cité des observations de guérison complète de péritonite tuberculeuse chez des jeunes filles, qui ont pu se marier et avoir des enfants bien portants. M. Grancher a rapporté un cas observé dans le service de M. Blachez à Necker : il s'agissait d'une belle jeune fille entrée dans un état fort grave pour une péritonite avec ascite considérable ; elle n'en guérit pas moins merveilleusement, bien que quelques signes de tuberculose pulmonaire, submatité et craquements au sommet gauche, survenus pendant la convalescence, soient venus confirmer la nature de l'affection. Il semble que le mode suivant lequel s'est opérée l'infection du péritoine ne soit pas sans influence sur le pronostic, et les faits de guérison sont relatifs presque tous à des cas où les bacilles avaient envahi le péritoine par la voie intestinale ou la voie génitale, tandis que le pronostic est plus sévère quand ils y pénètrent par la circulation générale ou la propagation d'une tuberculose pleurale. Je reviendrai sur ces particularités dans un article ultérieur consacré plus particulièrement à la tuberculose abdominale.

IV

Aujourd'hui je terminerai en disant ce qu'on sait de l'ascite *chez le fœtus*, qui a naturellement été observée surtout par les accoucheurs, étant une cause de dystocie. Chez le fœtus l'ascite peut aussi reconnaître comme causes les cirrhoses, la péritonite ou quelque tumeur. Dans les Bulletins de la Société anatomique de 1875 se trouve une observation bien dramatique à ce point de vue. Une femme de 35 ans, ayant eu plusieurs grossesses normales, a vu dans la dernière son ventre grossir avec une rapidité insolite. Le travail commence à 7 mois 1/2 ; il évolue normalement, la tête est à la vulve, mais le travail s'arrête ; en cherchant à dégager la tête, la sage-femme exerce sur le cou de tels efforts de torsion et de traction qu'elle l'arrache ; elle dégage un bras et l'arrache, puis l'autre et l'arrache aussi. Un médecin arrive, fait une version et arrache les deux membres inférieurs. Un confrère, qui survient, a de la peine à empêcher qu'on n'arrache encore le cordon et le placenta ; la femme meurt, l'utérus s'étant déchiré pendant ces manœuvres. M. Porak constata que la cause de la dystocie était la présence dans l'abdomen du fœtus d'une tumeur adhérente au lobe droit du foie, intense, sanguinolente, sans crochets hydatiques ; le péritoine est épaissi et blanchâtre. Peut-être la tumeur était-elle une péritonite enkystée.

M. Berthod a observé à la Maternité, à la suite d'une grossesse gémellaire, que l'un des deux fœtus était atteint d'ascite par cirrhose hypertrophique vérifiée au microscope. Dans un autre cas, on crut à une grossesse gémellaire à cause du volume insolite du ventre ; présentation du siège, constatation d'une tumeur fluctuante dans l'abdomen de l'enfant. Une ponction retira 1150 gr. de liquide citrin ; le ventre s'affaissa aussitôt comme un ballon crevé ; l'accouchement se termine, on trouve à l'enfant un foie petit, dur, scléreux, couleur de vieux cuir ; le microscope fait constater une cirrhose atrophique.

D'ailleurs il existe déjà une observation de Mau-

riceau (1681) dans laquelle une ascite jeta dans un extrême embarras les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, qui ne firent pas de meilleure besogne que la sage-femme dont nous parlions tout à l'heure.

V

En résumé, l'ascite existe à toutes les périodes de l'enfance.

Chez le fœtus elle est liée le plus souvent à une cirrhose, elle cause la dystocie et requiert la ponction pour que l'accouchement s'accomplisse.

Chez les enfants, dans l'immense majorité des cas, elle dépend d'une tuberculose péritenéale ou exceptionnellement d'une compression de la veine porte par des ganglions caséeux.

Elle peut aussi dépendre d'une cirrhose soit atrophique, soit hypertrophique.

Mais en tout cas, *quand il existe une ascite, il faut en rechercher la cause*; car il est à peu près certain que l'ascite idiopathique n'existe pas.

Le pronostic et la thérapeutique découlent de ce diagnostic étiologique ; car tandis que l'issue est fatale, inévitable, quoi qu'on fasse, dans la cirrhose atrophique chez l'enfant, il y a des faits qui prouvent que la guérison est possible dans certains cas de cirrhose hypertrophique, syphilitique ou impaludique, par des médications spécifiques appropriées (mercuriaux, iodures, quinine).

Dans l'ascite par tuberculose péritonéale le pronostic n'est pas absolument mauvais ; il est même relativement bon, car cette forme est curable soit par les efforts spontanés de l'organisme, soit grâce à une thérapeutique sagement dirigée.

Contre la tuberculose causale, la créosote, l'huile de foie de morue, la suralimentation ; régime lacté.

Contre l'épanchement, purgatifs et diurétiques, l'action constante de révulsifs, (badigeonnages iodés, vésication, ignipuncture), alternant avec des résolutifs (collodion élastique, compression méthodique).

Il semble préférable de ne pas faire la ponction à moins qu'on n'ait la main forcée par une dyspnée menaçante consécutive au refoulement du diaphragme ; car il est très possible que l'épanchement, en isolant les feuillets de la séreuse et en écartant les viscères abdominaux, s'oppose, dans une certaine mesure, à la propagation du processus tuberculeux.

P. Le Gendre.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du tabes par la suspension.

L'on sait combien la thérapeutique est inefficace contre l'ataxie locomotrice. Tous les moyens ont été employés, aucun ne parvient à enrayer la marche fatalement envahissante de la maladie.

Un nouveau mode de traitement, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, est expérimenté dans le service de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière. Ce traitement du tabes, qui est tout au moins fort original, nous arrive de Russie par l'intermédiaire du Dr Raymond, qui a pu en constater les heureux effets dans le service du Dr Motchoukowsky, à Odessa.

La manière dont le Dr Motchoukowsky fut conduit à ce traitement mérite d'être rapportée. En appliquant un corset plâtré à un tabétique atteint de scoliose, il suspendit le malade au moyen de l'appareil de Sayre, de New-York. Quelques jours après, le malade accusait une grande amélioration dans ses douleurs fulgurantes. Le médecin russe, supposant que la suspension était la cause de cette amélioration, l'appliqua à un certain nombre de tabétiques, et tous s'en trouvèrent très bien.

Grâce à l'amabilité de M. le Dr Gilles de la Tourette, chef de clinique du professeur Charcot, nous avons pu nous rendre un compte exact du procédé opératoire suivi à la Salpêtrière depuis trois mois.

L'appareil qui sert à la suspension est des plus simples : il consiste essentiellement en une traverse horizontale, sorte de fléau de balance, suspendue par un crochet médian à une moufle servant à élever l'appareil et le patient. Sur cette traverse horizontale s'attache au milieu une double fronde qui embrasse en avant le menton, en arrière la nuque. Enfin, aux deux extrémités du fléau transversal on fixe des courroies formant des brassières dans lesquelles on passe les bras du malade, qu'on élève à un pied ou deux du sol au moyen de la moufle. Les points d'appui, pendant la suspension, sont donc : le menton, la nuque et les aisselles.

Pour que la traction exercée sur la colonne vertébrale soit plus effective, on recommande au patient de soulever les bras toutes les quinze ou vingt secondes.

La durée des séances de suspension est progressive, de une demi-minute à trois minutes, tout au plus quatre, suivant les cas. On commence par une séance de une demi-minute et on augmente progressivement d'une demi-minute environ à chaque séance ; il est nécessaire de faire une séance tous les deux jours, la suspension quotidienne n'ayant pas donné de résultats sensiblement meilleurs.

Au début du traitement, l'amélioration porte sur l'incoordination des mouvements ; dès les premières séances le malade marche mieux, et accuse même ce fait aussitôt après la suspension. Au début, cette plus grande assurance dans la marche ne dure que deux à trois heures ; après huit ou dix séances de suspension, elle devient continue. Les malades se tiennent debout beaucoup plus facilement, ils peuvent marcher sans aide et faire même des courses assez longues.

Le signe de Romberg (vacillation dans l'obscurité) disparaît au bout de vingt à trente séances. Les troubles vésicaux s'améliorent ensuite ; le malade urine plus facilement et l'incontinence diminue ou disparaît complètement. Les douleurs fulgurantes ne reviennent qu'à intervalles plus éloignés, elles s'atténuent considérablement et disparaissent même totalement ; à plusieurs reprises elles ont disparu brusquement.

Un des effets non moins curieux de la suspension est l'amélioration ou même la disparition de l'impuissance.

L'appétit sexuel et les érections reviennent.

M. Onanoff a fait dans ce sens des expériences sur des individus sains ; il a constaté que le procédé de la suspension pourrait, paraît-il, être utilisé pour rendre aux impuissants un moment de virilité.

La suspension procure encore un certain degré d'amélioration dans la sensation d'engourdissement des pieds qu'éprouvent les tabétiques ; l'anesthésie de la plante des pieds s'atténue ou disparaît. En revanche, on n'a pas encore noté de chan-

gement dans les réflexes rotuliens et les signes pupillaires. Ajoutons, enfin, que l'état général s'améliore ; chez la plupart des malades le sommeil a été bien meilleur.

En résumé tous les malades qu'on a traités à la Salpêtrière ont été améliorés à des degrés divers, l'amélioration paraissant en rapport avec la durée du traitement.

Le procédé de la suspension a été aussi essayé dans le traitement de quelques autres affections nerveuses indépendantes du tabes.

M. P. Blocq a traité une jeune fille de 13 ans atteinte de maladie de Friedreich ; le signe de Romberg, le tremblement, la titubation se sont notamment améliorés.

Chez un malade atteint de sclérose en plaques, l'emploi de la suspension fut moins heureux, car elle produisit une paraplégie spasmodique d'ailleurs transitoire.

Comme l'a dit le professeur Charcot lui-même, « il est incontestable qu'il est encore nécessaire « d'expérimenter pour être définitivement fixé sur « la valeur du traitement par la suspension dans « le tabes, mais il faut aussi constater que les ré- « sultats que l'on a obtenus sont des plus encou- « rageants dans une maladie qui, jusqu'ici, sem- « ble avoir défié toute thérapeutique. Dans tous « les cas, le traitement peut être institué avec con- « fiance, car il a paru toujours être totalement « inoffensif, lorsqu'il est convenablement appli- « qué. »

J. Davéo.

Nous pouvons ajouter que l'expérimentation faite dans d'autres services n'a pas été toujours aussi satisfaisante qu'à la Salpêtrière, du moins en ce qui concerne les ataxiques authentiques. On a bien constaté que plusieurs névropathes, alcooliques ou hystériques, se déclaraient très soulagés de certains symptômes pseudo-tabétiques. Mais chez ces derniers toute médication nouvelle, surtout de nature à frapper l'imagination, est suspecte d'agir par suggestion. Enfin il faut attendre pour juger, mais on doit essayer.— P. L. G.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De la nomination des médecins des hôpitaux de province.

La question de la nomination des médecins des hôpitaux de province est agitée depuis très longtemps dans la plupart des Associations médicales.

Le mode de nomination actuel, en laissant à la Commission administrative la toute-puissance, blesse profondément la dignité médicale. Simple subordonné, le médecin occupe une situation inférieure, instable ; le favoritisme, les influences politiques, que sais-je encore? peuvent provoquer sa destitution, alors que ce médecin aura dans son service rempli tous ses devoirs. Cet état de choses doit donc être modifié.

Mais alors comment nommer les médecins des hôpitaux ?

Le Dr Lardier, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, au nom d'une commission qui avait été nommée à ce sujet, a présenté à l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins des Vosges un rapport très intéressant sur la matière.

« Parmi toutes les préoccupations, y lisons- « nous, celle qui doit primer les autres est incon- « testablement celle qui touche à l'intérêt des « malades. C'est au plus digne et au plus savant « qu'incombe le devoir et l'honneur de soigner « les pauvres. »

Tout d'abord il faut reconnaître que les commissions administratives, quoique composées la plupart du temps d'hommes parfaitement honorables, sont impropres à juger la valeur scientifique d'un médecin ; étant incompétentes, il serait illogique de leur conserver le droit de nomination.

Quant à recruter le personnel médical soit à l'ancienneté, soit au roulement, il ne faut plus y songer, car on reconnaît aujourd'hui que ce mode de nomination, tout en fermant la porte au népotisme et aux menées politiques, ne satisfait pas à cette loi qui dit que : « le pauvre a droit aux soins de l'homme dont la science et l'érudition priment celles de ses voisins ».

Reste le concours ! Presque unanimement préconisé, le concours offre encore prise à diverses objections. Passé devant une Faculté de province, le concours n'exclura pas le favoritisme ; passé devant des maîtres dont les uns seront les médecins consultants ordinaires du candidat, les autres les médecins consultants imposés, le concours ne présentera pas toutes les garanties de sincérité désirables ; dans ce cas, la dignité médicale n'aura fait qu'y perdre et la vieille jalousie médicale professionnelle, qui sommeille dans le cœur de tout bon médecin, n'aura fait qu'y gagner.

Il existe, toutefois, un moyen-terme proposé par le Dr Dieterlen (d'Epinal) :

« Après un certain nombre d'années de prati- « que, dit-il, tout médecin pourrait, à la Faculté « où il a été reçu docteur, passer un examen « clinique portant spécialement sur les maladies « chirurgicales s'il veut être chirurgien ; compre- « nant exclusivement les affections médicales « s'il veut être reçu médecin. A la suite de ce- « examen on lui conférerait le titre de médecin ou « de chirurgien d'hôpital de province. » Quoi de plus rationnel et de plus logique de demander aux commissions des hôpitaux de ne recruter leur personnel médical que parmi ceux qui posséderaient ce « brevet », analogue à celui que possèdent les officiers brevetés sortant de l'Ecole de guerre? Si dans une même ville il existait plusieurs médecins brévetés, ce serait le plus ancien qui de *droit* occuperait le poste vacant.

Nous ne croyons pas, en effet, que l'on puisse trouver mieux. Le malade aurait ainsi des soins éclairés, l'examen probatoire en témoignerait ; de plus, le médecin posséderait une situation inaliénable à laquelle la commission administrative ne pourrait toucher sans motifs graves ; enfin, et ce n'est pas le moindre avantage, les susceptibilités médicales seraient sauvegardées, puisque, à mérite égal, c'est le plus ancien qui occuperait le poste.

Si le cas se présentait que dans une ville il n'y eût pas de médecin breveté, la commission reprendrait alors toute la liberté qu'elle possède actuellement, elle établirait le roulement ou elle choisirait le médecin à son gré et on aurait mauvaise grâce à se plaindre. Dans ce cas, mieux vaudrait toutefois suivre l'avis du Dr Ancel et instituer un concours.

Comme *Conclusions*, nous offrons les résolutions suivantes :

1° Les docteurs en médecine qui désireront devenir médecins ou chirurgiens des hôpitaux de province, devront, après trois ans d'exercice de clientèle, passer devant la Faculté de leur ressort ou devant celle de Paris, non un concours, mais un examen probatoire clinique portant sur la médecine proprement dite ou sur la chirurgie, examen à la suite duquel le titre de médecin ou de chirurgien des hôpitaux de province pourra leur être conféré.

2° Les commissions administratives des hôpitaux de province seront tenues de recruter leur personnel médical parmi les médecins ou chirurgiens ayant obtenu le titre de médecin ou de chirurgien des hôpitaux de province devant une Faculté de l'Etat. Lorsque, pour une place vacante, plusieurs candidats brevetés seront en présence, c'est le plus ancien, c'est-à-dire celui qui dans la ville aura les plus longs états de service, qui deviendra, de droit, médecin ou chirurgien adjoint. L'adjoint deviendra de droit titulaire, lorsque ce poste sera vacant.

3° Lorsque les candidats à une fonction hospitalière ne posséderont pas le titre de médecin des hôpitaux de province, ils seront appelés par la commission de l'hôpital à présenter leurs titres et leur dossier scolaire. Ce concours sur titres sera soumis à l'appréciation des professeurs de la Faculté de médecine du ressort et la décision de ces derniers deviendra obligatoire pour les membres de la commission administrative.

4° Lorsque dans un service médical d'hôpital, les services médicaux et chirurgicaux seront scindés, l'adjoint de médecine ne pourra devenir titulaire de chirurgie, et réciproquement. La distinction des services devra être respectée, même pour la nomination des titulaires et adjoints de chaque service séparé.

5° Les médecins et chirurgiens resteront en fonctions, les chirurgiens jusqu'à 60 ans, les médecins jusqu'à 65 ans. Après cet âge, l'honorariat leur serait conféré. Ils seront de droit membres de la commission administrative et comme tels ne pourront être révoqués ou suspendus de leurs fonctions que par le ministre et pour des motifs ayant trait à leur service professionnel.

Donc la question des modifications à apporter dans la nomination des médecins des établissements hospitaliers de province est aujourd'hui assez approfondie pour que, comme l'a proposé le Dr Gibert, du Havre, à l'Assemblée générale des syndicats, la direction de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur fasse un règlement d'ordre public sur ce sujet. Il importe à la dignité médicale que le médecin placé à la tête d'un service d'hôpital ne soit pas sous la dépendance absolue de la commission administrative. C'est le seul moyen de sauvegarder les intérêts du corps médical.

MEDICUS.

De la question des empoisonnements.

Les conférences du professeur Brouardel sont toutes pleines d'enseignement ; rien de ce qui intéresse les questions médico-légales n'est oublié, tout est examiné avec soin et jugé avec la compétence qu'a su conquérir l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Dernièrement le maître avait choisi pour sujet de sa conférence : des crimes professionnels : avortement, attentat à la pudeur, empoisonnement. Malgré tout l'intérêt qui s'attache aux deux premiers sujets, nous ne retiendrons que le troisième, qui regarde plus spécialement la pharmacie.

Le professeur Brouardel engage les médecins à être plus circonspects dans les déclarations qu'ils sont appelés à faire, ou dans les témoignages qu'ils doivent fournir à la justice dans les cas d'empoisonnement, et, à l'appui de ces conseils, il leur rappelle la malheureuse affaire Couty de Lapommeraye ; on se souvient que de Lapommeraye fut accusé d'avoir empoisonné Mme de Pauw avec de la digitaline.

Au cours du procès, les preuves chimiques firent défaut, car il fut démontré que la digitaline n'avait pu être isolée par des réactifs ordinaires, et pour obtenir la condamnation de l'accusé, on dut recourir aux réactions physiologiques.

Des grenouilles et des chiens furent injectés avec les extraits obtenus en raclant la partie du plancher souillée par les vomissements, et ces animaux périrent en présentant tous les symptômes de l'empoisonnement par la digitaline. Ce furent là les seules preuves.

Notre confrère Hébert, alors pharmacien de l'Hôtel-Dieu, fit de son côté des recherches auxquelles on ne fit pas assez attention. Il démontra, par des expériences des plus intéressantes, que les extraits, obtenus avec des détritus de parquet quelconques, produisaient les mêmes phénomènes. « Lorsque les matières organiques sont en décomposition, il se produit des substances toxiques que je ne connais pas, disait-il, mais dont l'action fait mourir les grenouilles en systole cardiaque, comme la digitaline. »

Mais à ce moment l'opinion publique n'était pas favorable à l'accusé ; la justice ne retint que les premières déclarations des médecins légistes, et Lapommeraye fut condamné.

Le professeur Brouardel termine ainsi ; Maintenant que nous savons que les matières organiques peuvent donner lieu à des alcaloïdes dont les caractères se rapprochent beaucoup des alcaloïdes végétaux et qu'on appelle des ptomaïnes, nous sommes forcés d'avouer qu'il y avait, dans les expériences du pharmacien de l'Hôtel-Dieu, quelque chose d'exact, et si nous songeons qu'il a été combattu alors par tous les médecins, cela doit nous rendre modestes.

Cet aveu, de la part d'un tel maître, est plus qu'un éloge adressé à la mémoire de notre regretté confrère, c'est une réhabilitation.

(*Répertoire de pharmacie.*)

J. M.

Timbre des certificats.

Nous reproduisons, sur la demande de plusieurs de nos lecteurs, un ancien article que nous avions publié en 1879 sur ce sujet.

1° Certificats pour obtenir un nourrisson. — *Cette pièce ne paraît exempte du timbre qu'autant qu'elle est delivrée à des nourrices destinées aux enfants assistés.* (Déc. fin. du 25 février 1841. *Journal de l'Enregistrement*, n° 12,697-2.) Il doit en être de même pour les certificats délivrés en exécution de la Loi Roussel sur les enfants en bas-âge.

2° Certificat de vaccine. — *Exempt.*

3° Certificat de naissance ou de décès. — *Exempt.*

4° Certificat ou rapport médical pour coups

blessures ou meurtre, sur réquisition de M. le maire, ou de M. le juge de paix ou de M. le juge d'instruction, ou de M. le procureur de la République, ou de M. le commissaire de police.

5° Certificat, sur réquisition de M. le maire pour constater le décès d'une personne trouvée morte sur la voie publique par suite de maladie, d'accident, de meurtre ou de suicide. — *Les certificats et rapports donnés par les médecins, sur la réquisition de l'autorité judiciaire ou de la force armée, sont* exempts *du timbre comme rentrant dans la catégorie des actes de police générale et de vindicte publique. Il importe peu que ces certificats soient provoqués par un particulier, si le particulier s'est muni au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et délits.* (Décision fin. du 10 mars 1874.)

6° Certificat pour les aliénés. — *Il y a une distinction à établir; Le certificat délivré par le médecin d'une maison d'aliénés au sujet de l'état d'un malade* est exempt *du timbre, s'il a un caractère purement administratif et ne doit servir que dans l'intérieur de l'asile.*

Il est, au contraire, sujet *au timbre, dès qu'il est délivré à des particuliers ou qu'il est employé dans un intérêt privé.* (Sol. 17 novembre 1864.)

7° Certificat de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie. — *Soumis au timbre.*

8° Certificat de décès pour les Compagnies d'assurances sur la vie. — *Soumis au timbre.*

9° Certificat de maladie ou d'infirmités à l'époque de la revision. — *Soumis au timbre.*

10° Certificat de maladie dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou de la révision. — *Soumis au timbre.*

11° Certificat pour obtenir une prolongation de congé de convalescence (militaire ou civil). — *Soumis au timbre.*

12° Certificat de maladie délivré à un militaire ou à un ecclésiastique pour obtenir une saison aux eaux thermales. — *Soumis au timbre.*

13° Certificat d'infirmités pour obtenir une retraite avant l'âge voulu (prêtres, instituteurs, employés des postes, des ponts et chaussées, etc.). — *Soumis au timbre.*

14° Certificat d'aptitude pour obtenir l'admission dans certaines écoles ou administrations de l'Etat. — *Soumis au timbre.*

15° Certificat de maladie pour obtenir une indemnité pour traitement médical des administrations ou des Sociétés de secours mutuels (instituteurs, ponts et chaussées, sociétés de patronage, etc.). — *Exempt si le certificat du médecin est rédigé à la suite d'un certificat d'indigence.*

16° Certificat de maladie ou d'infirmité pour admission dans les hôpitaux ou hospices de la vieillesse. — *Exempt.*

17° Certificat d'infirmités pour secours annuels du département en cas d'indigence. — *Exempt.*

18° Certificat de maladie pour être dispensé de faire acte de présence en cas d'arbitrage, de juré ou de témoignage devant les tribunaux. — *Soumis au timbre.*

19° Certificat demandé par une veuve d'employé à l'effet d'obtenir une pension de l'administration. — *Soumis au timbre.*

Remarque importante. — Un médecin n'est pas passible d'amende quand un certificat non timbré délivré administrativement et avec *mention de la destination* est plus tard produit en justice.

Les médecins feront donc prudemment d'indiquer la destination de tout certificat délivré sur papier non timbré.

(*Annuaire de l'Association générale.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Le Conseil général de l'Association qui avait consenti à grand'peine à reculer l'*Assemblée générale* d'avril jusqu'au 28, s'est décidé récemment à la reporter au dimanche 12 et lundi 13 mai. C'est mieux ; mais cela ne pourra remplacer le congrès projeté !

Chauffage des voitures. — Système Gautier : chauffage à l'*acétate de soude*, sel qui emmagasine et dégage lentement sa chaleur latente. Système Pernolet : briquettes brûlant dans une boîte pourvue d'une tubulure qui traverse la paroi de la voiture et déverse à l'extérieur les gaz de combustion. Tels sont les deux systèmes proposés à la préfecture.

M. Lafon ouvre, 7, rue des Saints-Pères, son cours et travaux pratiques de chimie et de micrographie médicales.

Contagion par vaccination. — En présence d'un cas récent de contagion de la syphilis par vaccination de bras à bras, M. Peyron se propose de soumettre à la commission spéciale, la question de savoir s'il ne faudrait pas imposer aux médecins du service des enfants assistés l'obligation de recourir exclusivement à la *vaccine animale.*

Ces messieurs du clergé n'aiment pas qu'on exerce illégalement la médecine ? C'est pourquoi l'évêque de *Strasbourg* envoie une circulaire à son diocèse pour lui ouvrir les yeux sur la vente de chaînes et colliers galvano-électriques qu'on leur vante comme panacée. Mgr *André* avertit les fidèles qu'on n'en veut qu'à leur bourse. Ne pourrait-il aussi rappeler à son clergé que jamais, sous aucun prétexte, il ne doit donner le plus petit conseil médical !

Rage. — D'après le compte rendu officiel lu au Conseil d'hygiène de la Seine-Inférieure, sur 25 personnes mordues ou soupçonnées mordues par des animaux enragés en 1888 et qui ont été traitées à l'Institut Pasteur, on compte deux décès survenus après le traitement.

L'office sanitaire impérial d'Allemagne ne relève que 4 cas de rage chez l'homme pour tout l'empire allemand en 1887, alors que nous avons en France de 30 à 40 décès annuels. Cette faible mortalité est due uniquement à de sévères mesures de police vétérinaire.

Amélioration des services hospitaliers. — Le ministère de l'Intérieur a décidé qu'il mettrait à la disposition de l'Assistance Publique de Paris une somme de 500,000 francs provenant de prélèvements sur les paris aux courses.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance va employer ainsi qu'il suit cette somme :

1° 180,000 francs pour envoi, à titre d'essai, d'enfants scrofuleux dans les stations thermales ou maritimes.

2° 120,000 francs pour remplacement des étuves à désinfection par le nouveau système.

3° 200,000 fr. pour l'amélioration du mobilier du service des hôpitaux.

A *Cochin*, M. *Dujardin-Beaumetz* préconise l'isolement des contagieux dans de petits Pavillons de 12 à 20 malades, absolument indépendants et qui donneront de bons résultats si les malades ont un pavillon d'attente et un autre de convalescence et s'ils y sont transportés avec des précautions rigoureuses de désinfection.

M. Bertillon constate que la mortalité à *Gennevilliers* irrigué par les Eaux d'égout est moins élevée que la mortalité des autres communes de l'arrondissement de Saint-Denis.

Dans une récente réunion, sept sociétés médicales de Paris ont répondu à l'appel du Dr *Philbert* que nous avons publié et décidé la création d'un *Conseil général* de ces sociétés, pour la défense des intérêts des médecins de Paris.

D'un travail sur la mortalité des marins et soldats français dans nos colonies, par M. G. Lagneau, il résulte que nos colonies peuvent être ainsi classées : En tête le Sénégal (mortalité énorme), puis Guyane ; ensuite et assez loin Chine, Tonkin, sur la même ligne que l'Algérie. France et Tunisie sont à peu près dans des conditions identiques.

L'Académie de médecine pose la question suivante pour le prix de l'Hygiène de l'Enfance (1,000 francs) : « De l'éducation des organes des sens, de la vue et de l'ouïe dans la première et la deuxième enfance. »

La tuberculose du chien. — Comme on le sait, les chiens jouissent d'un certain degré d'immunité pour la tuberculose.

M. Csokor, de Vienne, en cite pourtant 4 cas.

Les deux premiers se rapportent à une tuberculose abdominale, localisée sur le péritoine, le foie, la rate et les ganglions mésentériques. Dans un de ces cas il fut constaté que le propriétaire d'un des chiens était mort de tuberculose peu auparavant.

Sur les deux autres chiens, M. Csokor a observé une tuberculose abdominale jointe à une tuberculose pulmonaire. Le propriétaire d'un de ces animaux était mort phthisique quatorze jours auparavant, et, jusqu'à sa mort il avait conservé l'habitude de mettre son chien avec lui dans son lit.

Inspection départementale de l'Assistance publique. — Dans sa dernière session le Conseil supérieur de l'Assistance publique a émis l'avis qu'il y avait lieu de créer en France un service d'inspection départementale de l'Assistance Publique exerçant, sous l'autorité du préfet et le contrôle des inspecteurs généraux, sa surveillance sur tous les établissements et services du département, qui relèvent de la direction de la santé et de l'Assistance au ministère de l'intérieur.

En attendant que ce service puisse être régulièrement organisé, l'administration pourra provisoirement confier les fonctions d'inspecteur de l'Assistance publique aux inspecteurs des enfants assistés là où ce dernier service ne serait pas compromis par ce fait.

La loi Roussel dans le département de la Seine. — Le nombre des enfants surveillés en 1887 a été de 4,925, dont 1,569 à Paris et 3,356 dans les communes suburbaines ; la mortalité a été de 363, c'est-à-dire seulement 7,37 %.

Au 31 décembre 1887, il restait 575 nourrissons à vacciner, tandis que l'année précédente il en restait 629. Le total des vaccinés a été de 1,4[illegible] sur 2,990.

Sur le total de 74,112 naissances, la proportion des placements a été de 26,8 %. Donc un peu plus du quart des enfants est placé en nourrice.

13,686 nourrices se sont présentées à la préfecture ; 10,029 ont été admises comme nourrices au sein ; 3,612 comme nourrices au biberon ; 45 ont été refusées pour des motifs de santé, dont 11 pour accidents syphilitiques.

Exemple à suivre. — A Berlin, la préfecture de police prescrit aux établissements hospitaliers de prendre en note les numéros des voitures publiques et le genre de malades que celles-ci ont amenés à l'hôpital. Les propriétaires sont tenus de les faire désinfecter lorsqu'elles ont servi au transport d'individus atteints de maladies contagieuses.

Il serait très simple à Paris de faire inscrire par les concierges des hôpitaux les numéros des voitures amenant des malades, et tous les soirs la police ferait recueillir cette liste des voitures avec le genre de malade amené par chacune d'elles et des mesures de désinfection pourraient être immédiatement prescrites.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Gouttes calmantes contre l'hyperesthésie, la gastralgie, les vomissements et les états spasmodiques des hystériques.

Ewald s'est servi dans tous ces cas, avec succès de la préparation suivante :

Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 20	
Chlorhydrate de cocaïne....	0 gr. 30	à 0 g. 5[illegible]
Teinture de belladone	5 gr.	à 10 g.
Eau d'amande amère.......	25 gr.	

à prendre 10-15 gouttes par heure —, en surveillant bien entendu les effets physiologiques, pour ralentir ou suspendre en temps utile.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Martiz, à Mostaganem, présenté par M. le Docteur Peretti, de Cassaigne.

M. le Dr Laffon, à Terrasson, présenté par M. le Directeur.

M. le Dr Miquel Daltin, à Tarbes, présenté par M. le Docteur Pédebidou, de Tournay.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Docteurs Larmoyer, de Charleville ; Proust, à Epannes ; Veiron, à Ouzouer-le-Marché ; Séquin, à Cézac ; Mouchot, à Commarin ; membres du *Concours Médical*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, [illegible]
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Lésions des racines postérieures et de la moelle dans la maladie d'Addison.

On sait quelle obscurité règne encore autour de la pathogénie de la maladie bronzée d'Addison. Quel lien unit les lésions des capsules surrénales et la pigmentation de la peau ? S'agit-il de troubles trophiques dépendant de lésions de la moelle ou des nerfs ? Autant de questions auxquelles l'anatomie pathologique n'a pu répondre jusqu'ici d'une manière satisfaisante. MM. *Babès* et *Kalindero* (de Bukarest) ont communiqué à l'Académie une observation fort intéressante à ces points de vue, car la moelle et tout le système nerveux ont été soigneusement examinés et cet examen n'a pas été négatif.

En effet, nos confrères roumains ont constaté dans ce cas une sclérose chronique de la moelle limitée surtout autour des racines postérieures des nerfs spinaux et une névrite portant principalement sur les racines postérieures. Cette névrite, accusée surtout au niveau des étranglements annulaires, est caractérisée par le gonflement des cylindres-axes, leur interruption par places et une multiplication des cellules. Ces lésions présentaient leur maximum à la partie inférieure de la moelle dorsale.

Les vaccinations et les revaccinations dans les Sociétés de secours mutuels.

M. *Hervieux* a lu à l'Académie sur ce sujet un rapport qui se termine par les conclusions suivantes que ses collègues ont votées à l'unanimité.

« La Chambre consultative des sociétés de secours mutuels de la Seine a posé à l'Académie diverses questions dont la solution présente un haut intérêt, étant donné le nombre considérable des adhérents de ces sociétés.

emière question est de savoir si une Société de secours mutuels doit exiger, par voie statutaire, que ses membres aient été vaccinés.— Nous n'hésiterons pas à répondre par l'affirmative et nous ajouterons que nous sommes heureux d'appuyer cette mesure qui sera un nouveau pas fait vers la vaccination obligatoire.

La seconde question est celle-ci : Ces Sociétés doivent-elles exiger que leurs membres se soumettent à la revaccination, et, dans l'affirmative, après quel laps de temps ? — Nous n'hésitons pas à répondre oui, car la revaccination est aussi utile que la vaccination première ; si la vaccination tend à amoindrir la fréquence et l'intensité des épidémies varioliques, la revaccination marche vers leur suppression.

Après combien de temps faut-il revacciner ? — Hors le temps d'épidémie, le terme de dix ans peut être fixé, croyons-nous ; mais, s'il y a menace d'invasion variolique, il n'y a pas à hésiter, il faut revacciner de suite tous les adhérents, si court que soit le temps écoulé depuis la dernière vaccination.

Enfin, les Sociétés doivent-elles recourir au vaccin de génisse ? — Les deux sources de vaccin sont bonnes. L'Académie n'a donc pas à recommander l'une plutôt que l'autre. »

Traitement des contractures inflammatoires et spasmodiques.

M. *Lorenz* a fait à la Société império royale de médecine de Vienne une communication sur le traitement des contractures articulaires consécutives à l'inflammation d'une des parties qui constituent l'articulation et des contractures actives produites par des spasmes musculaires réflexes.

Ces contractures ne peuvent être corrigées en général que par une extension forcée ou bien par la suppression des spasmes pendant la chloroformisation. Mais, au lieu de la narcose générale, M. Lorenz recommande de faire des injections de cocaïne dans l'articulation. On injecte dans celle-ci,

à l'aide d'une seringue de Pravaz à longue aiguille, et avec les précautions antiseptiques, 0 gr. 05 à 0 gr. 10, c'est-à-dire 1/2 à 1 seringue d'une solution de cocaïne à 10 %.

Dans la coxalgie, on enfonce l'aiguille à la face postérieure de l'articulation, juste au-dessus de l'extrémité du trochanter et on la pousse, dans la direction du col du fémur, dans l'articulation. La douleur disparaît instantanément et l'on peut redresser facilement l'articulation contracturée, ce qu'il faut faire très doucement.

Ce procédé réussit également bien dans le traitement du pied plat spasmodique.

Les enfants supportent très bien la cocaïne. Quoique la plus forte dose ait été de 0 gr. 20 de cocaïne, M. Lorenz n'a jamais vu le moindre symptôme d'intoxication. Chez les adultes il faut être plus prudent ; pour le redressement du pied plat spasmodique, quelques centigrammes suffisent.

Traitement des ulcérations tuberculeuses par le naphtol camphré et l'acide lactique.

M. *Fernet* (Société de thérapeutique) a employé ce médicament, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs, comme topique dans plusieurs cas de tuberculose buccale. Il a aussi utilisé ses propriétés antiseptiques contre la furonculose et l'angine couenneuse. Dans une angine diphthérique avec coryza couenneux il a obtenu une guérison en trois jours par de simples attouchements au pinceau imbibé de naphtol camphré sans frottement violent.

Mais c'est dans le cas d'une ulcération tuberculeuse de la base de la langue ayant les dimensions d'une amande que M. Fernet vient d'obtenir un succès relativement très favorable.

M. *Const. Paul* a obtenu aussi une notable amélioration par ce topique.

M. *Bucquoy* cite comme utile dans ces cas un liniment composé de glycérine et d'acide phénique.

M. *Grellety* rappelle que l'acide lactique est recommandé par les médecins de Saint-Louis comme particulièrement efficace dans les ulcérations tuberculeuses ; malheureusement son contact est fort pénible, malgré l'attouchement préalable avec de la cocaïne.

Formules et indications des diverses préparations de naphtol.

M. le professeur Bouchard a, comme on sait et comme nous l'avons dit plusieurs fois ici, fait connaître l'extrême utilité des préparations de naphtol. Nous en avons indiqué plusieurs. Mais nos lecteurs seront bien aises de les trouver toutes réunies, telles qu'elles se trouvent indiquées dans les nouvelles Leçons du maître qui viennent de paraître, sous le titre de *Thérapeutique des maladies infectieuses* et telles que le *Progrès Médical* les a reproduites dans son dernier numéro.

1° A l'intérieur :

Salicylate de bismuth......... 7 gr. 50
Naphtol B finement pulvérisé.. 15 gr.

Mêlez intimement et divisez en 30 cachets pour l'antisepsie intestinale et gastrique.

A employer dans les putridités intestinales et gastriques chez certains dyspeptiques, chez certains dilatés, dans les empoisonnements par les viandes gâtées, dans la typhlite, dans la dys[senterie], dans la fièvre typhoïde, dans les malad[ies] avec insuffisance de la fonction hépatique, d[ans] les maladies avec insuffisance rénale, dans l'h[y]perthermie. — On donne de trois à dix cachets p[ar] jour.

2° A l'extérieur et comme topique :

a). — *Eau naphtolée.*

Dans un tonneau de 200 litres d'eau, délay[ez] 1 kilogr. de naphtol en poudre. Par le repos, [le] naphtol gagne le fond. Chaque fois qu'on p[rend] de l'eau naphtolée, on doit la remplacer par [une] égale quantité d'eau pure. Le kilogramme [de] naphtol n'est épuisé que quand 4.000 litres d'[eau] ont été employés. Cette eau naphtolée, suiv[ant] la température, renferme, par litre, de 20 à [40] centigr. de naphtol. Pour préparer extempo[ra]nément l'eau naphtolée en petites quantités, [on] peut employer le procédé suivant :

Naphtol B.................... 40 gr.
Alcool à 90°... q. s. pour faire 100cc.

Ajouter de cette solution alcoolique 5 ou 1[0] dans

Eau bouillante............ 10 litres.

Filtrer après refroidissement.

On a ainsi une eau naphtolée qui contient [20] ou 40 centigr. par litre pour lavage de la peau, de la bouche, pour injections vaginales et in[tra-]utérines, et pour injections uréthrales dans [la] blennorrhagie.

En lavement, on emploiera l'eau à 20 centig[r.]

Pour les irrigations des fosses nasales, on é[ten]dra l'eau à 0 gr. 20 de son poids d'eau pure, [ou] mieux de solution saturée d'acide borique.

b). — *Camphre naphtolé* (Desesquelles).

Naphtol B pulvérisé........... 10 gr.
Camphre en poudre .... 20 gr.

Triturer jusqu'à liquéfaction du mélange [des] poudres.

Pour onction de la peau sur les parties qui d[oi]vent être le siège d'une opération, pour toutes les éruptions suppurantes, les excoriations, [les] plaies, pour rendre aseptiques les croûtes et [les] eschares.

c). — *Solutions alcooliques.*

1° *Solution faible :*

Naphtol B.................... 5 gr.
Alcool à 60°................. 1 litre.

Pour le cuir chevelu, la face, l'aisselle, le p[éri]née.

2° *Solution ordinaire :*

Naphtol B................... 15 gr.
Alcool à 60°................. 1 litre.

Pour toutes les autres régions de la peau [y] compris le gland et le prépuce. Mais on ne d[oit] toucher avec aucune solution alcoolique de nap[h]tol, ni les paupières, ni le scrotum.

On peut remplacer, dans la solution ordina[ire,] l'alcool par une liqueur dentifrice pour les s[oins] habituels de la bouche, en ajoutant cette liq[ueur] à l'eau tiède dans les proportions accoutumées.

3° *Solutions fortes* :

Depuis 15 gr. jusqu'à 500 gr. par litre pour [at]touchements sur des portions limitées de la p[eau]

saine ou croûteuse, ou sur les excoriations septiques.

d). — Injections interstitielles ou dans les cavités closes septiques.

Naphtol B.................... 5 gr.
Alcool à 90°.................. 33 gr.
Eau distillée chaude q. s. pour faire 100cc.
Filtrer à chaud.

Au moment d'en faire usage, plonger le flacon dans un bain-marie et chauffer la seringue de Pravaz.

Quelques gouttes dans les ganglions indurés ou suppurés, dans les abcès. Quatre centimètres cubes toutes les 24 heures et même toutes les 12 heures dans les pleurésies avec épanchement, même sans suppuration.

e). — Injections dans les kystes hydatiques.

1° On injectera dans le kyste l'eau naphtolée à 0 gr. 40 par litre. A la quantité de cette eau naphtolée qu'on se propose d'introduire dans le kyste, on ajoutera autant de fois 2 milligrammes de biiodure de mercure que le poids du malade compte de kilogrammes. On rend possible la dissolution du biiodure en ajoutant à ce sel le même poids d'iodure de potassium.

Indications thérapeutiques de certains médicaments cardiaques, tirées de l'expérimentation.

M. *Laborde* a communiqué à la Société de biologie le résultat des expérimentations qui lui ont permis de mettre en lumière, par une étude comparative, l'action physiologique et les indications thérapeutiques de trois médicaments cardiaques : la strophantine, la digitaline et la spartéine, dont on a tant vanté ou critiqué les effets depuis quelques mois.

Ces trois produits, chimiquement définis, dont les effets comparatifs sur la fonction cardio-vasculaire sont de même nature au fond, constituent comme une gamme au point de vue de l'intensité.

L'un, la *strophantine*, représente, à cet égard, la plus haute puissance d'activité, mais avec des effets vaso-constricteurs périphériques qui suggèrent des indications thérapeutiques exceptionnelles ;

Le second, la *digitaline*, représente l'intermédiaire, avec équilibration à peu près parfaite de ses effets, action notable, mais non exagérée sur la pression sanguine, action de tonification constante et de régularisation concomitante de la contraction cardiaque ;

Le troisième enfin, la *spartéine*, est l'excitant, par excellence, le propulseur, en quelque sorte, de cette contraction, sans toucher à la pression.

En un mot, trois instruments pour la thérapeutique cardiaque, répondant chacun et respectivement, à des indications déterminées.

Les indications de la strophantine sont et doivent être restreintes à des cas exceptionnels, où il peut s'agir de donner un violent coup de fouet à la fonction cardiaque tout à fait languissante, à la relever rapidement, presque instantanément d'une chute imminente, en même temps que la pression intra-vasculaire.

Mais les données positives de l'observation expérimentale autorisent à penser et à prévoir que la *strophantine* n'est point destinée à devenir le médicament cardiaque par excellence, le médicament courant. M. Laborde ne craint pas d'affirmer, en tout cas, qu'elle n'arrivera pas à détruire la *digitaline* ni même la *spartéine.*

REVUE D'OBSTETRIQUE

I. — *De la méningite aiguë pendant la grossesse*
II. — *Deux observations de monstres. De la viabilité au point de vue civil et juridique.*

DE LA MÉNINGITE AIGUE PENDANT LA GROSSESSE (1).

Lorsqu'une affection aiguë se manifeste chez une femme arrivée dans les deux derniers mois de sa grossesse, on peut se demander s'il y a intérêt à voir la grossesse interrompre son cours et même si l'on doit au besoin solliciter ce dénouement.

Les accoucheurs sont à peu près unanimes aujourd'hui à conseiller en pareil cas l'expectation, se basant sur ce que : 1° la maladie aiguë de la mère, lorsqu'elle est grave, amène toujours l'interruption spontanée de la grossesse ; 2° le pronostic de l'affection maternelle pourrait être aggravé par une intervention opératoire ; 3° le fœtus participe généralement à l'affection maternelle et son existence est par cela même fort compromise.

Si ces raisons sont bonnes en ce qui concerne la plupart des affections aiguës graves et particulièrement en ce qui concerne les fièvres éruptives, elles ne peuvent guider pour toutes les affections aiguës. Chaque groupe pathologique peut comporter des indications spéciales.

Ce sont ces indications qu'étudie le Dr Chambrelent au sujet de la méningite : cette affection, qu'elle soit de nature tuberculeuse, ou bien simplement inflammatoire, n'est pas absolument rare dans l'âge adulte et on peut la rencontrer chez la femme enceinte. Dans les sept observations que Chambrelent a pu rassembler, six fois l'accouchement ne s'est pas fait spontanément ; une seule fois il a eu lieu quelques heures avant la mort de la mère. Toutes les fois qu'il n'y a pas eu de tentatives d'extraction, l'autopsie a démontré que le fœtus ne présentait aucune altération.

Enfin, toutes les fois que l'on a tenté d'extraire l'enfant, on a pu l'obtenir vivant. De ces observations on peut conclure que lorsque l'on se trouve en présence d'une femme arrivée après le septième mois de la grossesse et qu'on a pu établir le diagnostic de méningite, il y a lieu de provoquer l'accouchement prématuré avant la mort de la mère : on aura ainsi de grandes chances d'avoir un enfant vivant.

On ne peut craindre par l'accouchement provoqué d'assombrir le pronostic de l'affection de la mère, puisque ce pronostic est presque absolument fatal. Quant à l'enfant, on pourrait objecter à une intervention faite en sa faveur, que, l'infection tuberculeuse étant transmissible au fœtus, il y aurait peu d'avantages à faire naître un enfant vivant qui succomberait quelques jours après. On peut répondre qu'il est souvent très difficile de dire, avant la nécropsie, si une méningite est ou n'est pas de nature tuberculeuse, et que, d'autre part, la transmission de l'infection tuberculeuse de la mère au fœtus n'est pas absolument fatale. Du reste, le médecin n'a pas le droit d'es-

(1) *Annales de gynécologie*, février 1889.

compter ainsi l'avenir, et son premier devoir doit être de sauver, quand il le peut, les existences qui lui sont confiées.

Le travail de notre excellent confrère Chambrelent nous a d'autant plus intéressé qu'il y a quelques mois, nous nous sommes trouvé en présence d'un cas analogue à ceux qu'il rapporte et que, comme lui, nous avions conclu en faveur de l'intervention. Voici, en quelques lignes, le fait : un de nos plus distingués confrères des environs de Paris, le Dr Piettre, dont le savoir égale l'amabilité, voulut bien nous faire appeler auprès d'une jeune femme enceinte de 7 mois environ et dont l'état lui causait les plus vives inquiétudes. Cette femme, mariée depuis une dizaine de mois, était devenue enceinte peu de temps après son mariage.

Le début de la grossesse avait été normal; puis, vers le troisième mois, étaient survenus des phénomènes de parésie du côté gauche qui avaient été en augmentant. Plusieurs médecins avaient été consultés et avaient conseillé différents traitements dont le traitement ioduré avait été le plus important ; on avait même discuté la possibilité de provoquer l'accouchement, mais la famille s'y opposait.

Peu à peu les accidents de parésie augmentaient ; quelques jours avant la catastrophe finale, notre confrère était appelé pour la première fois et constatait toute la gravité de la situation, qui ne fit qu'empirer. La paralysie s'accentua sur tout le côté gauche, gagna la face ; puis la fièvre survint en même temps qu'un peu de congestion pulmonaire. Lorsque nous vîmes la malade, son état était très grave : nous pensâmes à l'existence d'une hémorrhagie cérébrale ou d'une méningite tuberculeuse. Peu importait d'ailleurs au point de vue de la conduite à tenir : l'enfant était vivant, il fallait tout tenter pour le sauver. Nous décidâmes (c'était le soir) de provoquer dès le lendemain l'accouchement à l'aide du ballon de M. Champetier de Ribes qui nous permettrait d'aller plus vite en besogne. Après avoir vaincu les résistances de la famille, nous prîmes rendez-vous pour le lendemain matin de bonne heure. L'état de la femme, tout en étant très sérieux, ne nous avait paru ni assez grave, ni assez désespéré pour nécessiter une intervention immédiate, telle que la section césarienne à laquelle nous avions pensé, ni même pour nous obliger à provoquer séance tenante l'accouchement. Mal nous en prit ; car, dans la nuit, les accidents augmentèrent et la femme succomba vers 3 heures du matin. Notre confrère, appelé trop tard, ne put pratiquer la section césarienne en temps utile. La femme succomba avant que le travail se fût déclaré : c'est là un fait qui vient confirmer les observations de Chambrelent. Nous ajouterons même que, dans notre cas, il eût été préférable de pratiquer d'emblée la section césarienne ; il est certain, cependant, qu'on n'eût pas manqué de nous attribuer à tort la mort de la femme ; le cas était d'autant plus difficile au moment où nous vîmes la femme que nous ne crûmes ni l'un ni l'autre que l'issue fatale fût aussi imminente. On voit combien cette question est importante au point de vue pratique.

Le Dr Piettre a eu d'ailleurs l'extrême obligeance de nous transmettre les notes suivantes sur cette malade :

Madame X. âgée de 21 ans, est de faible constitution.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bonne santé ; le père n'a pas eu la syphilis. ont eu cinq enfants : 1° l'aînée, robuste, a accouché deux fois sans accident : les enf vivants. — 2° Deux enfants sont morts à ans à la suite de convulsions. — 3° Un fils mort à 24 ans de laryngite tuberculeuse.

Quant à la *malade*, elle a été réglée à 20 a Mariée il y a dix mois, elle est devenue encei après trois mois de ménage. Au début de c grossesse, vomissements le matin.

Dès le troisième mois de la grossesse fati dans la jambe gauche, puis difficulté à mou ce membre. Au cinquième mois, hémiplé incomplète de tout le côté gauche. L'analyse urines ne permet de constater ni albumine ni su

Je vois la malade pour la première fois le 1 cembre 1888. Elle se traîne péniblement, le gauche est inerte le long du corps. La partie g che de la lèvre supérieure est affaissée. Paral légère de la paupière supérieure. Tête inclin droite. Les vomissements du matin persiste tous les deux jours vomissements des alim ingérés.

L'analyse des urines ne donne ni albumine, sucre.

Le 28, je suis appelé à nouveau. Le pouls e 120. La peau est chaude ; la face est congestion douleurs vives dans toute la région crânienn dans la région cervicale. Somnolence. Pas d' saburral de la langue. Calomel à doses fracti nées. Une garde-robe.

Le 29 novembre nous la voyons ensemble : h miplégie complète du côté gauche. Dévia conjuguée des yeux et de la tête. Incontine d'urine par rengorgement. La face est viola vultueuse. Le pouls est très fréquent.

A minuit la température monte à 41° et la m lade meurt à 4 heures du matin, le 30 décemb dans le coma.

Un nouveau fait à peu près semblable a été r cemment observé par un de nos amis : il fut a pelé auprès d'une de ses clientes qui avait é prise brusquement d'accidents cérébraux, sa qu'il y eût d'albumine dans les urines ; ce femme était enceinte de 6 mois 1/2. Son état p senta rapidement une très grande gravité ; l pratiqua de suite l'accouchement prématuré. L'e fant naquit vivant, vécut 36 heures et mourut p suite de l'impossibilité où l'on se trouva d'av à temps une couveuse. La mère succom environ deux jours après l'accouchement. Ici e core l'intervention avait été utile et aurait pu p mettre de sauver l'enfant, si les conditions ma rielles avaient permis de lui donner les soins q sont nécessaires aux prématurés.

II. — Deux observations de monstres. — De l viabilité au point de vue civil et juridique

Nous avons le plaisir d'insérer aujourd'hui de observations des plus intéressantes que notre di tingué confrère, le Dr Courgey (d'Ivry), a bie voulu adresser à la rédaction du *Concours Méd cal*. Ces deux observations n'ont pas seulement grand intérêt scientifique ; elles soulèvent u point de pratique qui n'est guère traité dans l livres, à savoir ce que doit faire le médecin en p reil cas au point de vue de la déclaration de nai sance.

Nous donnons *in-extenso* les deux observatio du docteur Courgey.

Obs. I. — *Monstre anencéphale incomplet asexué. — Présentation de la face.*

Le 3 juin 1885, pour la 9e fois, Mme X..., demeurant à Ivry-sur-Seine, accouche facilement et à terme, d'un enfant de volume et de poids normaux. Mort-né. L'enfant a remué jusqu'aux douleurs expulsives.

Absence de front et de saillie postérieure du crâne. Os crâniens rudimentaires. Aspect d'une tête de batracien. Sorte de plaie au niveau de la région cervicale postérieure et supérieure (probablement traces des gouttières vertébrales). La peau du crâne est recouverte de cheveux. Elle est molle et ne repose sur aucun plan osseux défini. La particularité la plus notable est l'état des parties sexuelles : peau scrotale à la région périnéale, lâche, flasque, aplatie, mais ne formant pas de bourse, — absence de testicules, — raphé médian. Au niveau de l'endroit où le pénis prend habituellement racine, production flasque, ayant la forme de l'extrémité d'un petit doigt un peu effilé, de deux centimètres de longueur, imperforée, en tout semblable extérieurement à un bout de cordon ombilical sans section à l'extrémité.

Obs. II. — *Monstre anencéphale incomplet. — Présentation de la face. — Procidence du cordon. — Intervention ou non intervention.*

Mme X..., 40 ans, bipare (Son premier enfant est une petite fille de 4 ans, très jolie), arrivée à terme, est prise de douleurs dans la nuit du 5 au 6 juin 1881.

A 5 heures du matin, le 6 juin, appelé par la sage-femme, à cause d'une procidence du cordon, je constate l'état suivant : Les eaux se sont écoulées depuis 3 heures du matin, et c'est depuis ce moment qu'il y a procidence. La tête est dans l'excavation. On sent, à gauche, des yeux, un nez et une bouche. A droite, on trouve le cordon dont une anse fait procidence hors du vagin, mais facilement réductible. Impossible de se rendre compte de la présence d'un os frontal, pariétal ou occipital quelconque, ce qui jette dans un grand embarras.

En résumé, je conclus à une position mento-iliaque gauche antérieure. Comment intervenir ? Et de quelle façon ? J'avais mon forceps, mais y avait-il lieu de l'appliquer ?

La tête est engagée dans le détroit inférieur ; les contractions sont presque continues, avec poussées inégales et efficaces. Le cordon est facilement réductible pendant les contractions et en dehors des contractions ; on le maintient derrière la branche droite du pubis ; les battements du cœur fœtal sont forts et réguliers, et malgré les eaux un peu verdies par le méconium qui s'écoule à chaque contraction, l'enfant est bien portant. L'expulsion ne peut tarder.

Il y a donc tout bien pesé :

1° Autant de chances d'avoir l'enfant vivant en laissant aller le travail, mais en gardant les doigts constamment dans le vagin pour maintenir et *surveiller* le cordon, qu'en appliquant le forceps.

2° Il y a moins de danger pour la mère sans le forceps qu'avec le forceps.

Donc j'attends, — envers et contre les indications usuelles. Une demi-heure ne s'était pas écoulée que j'avais l'explication de tout.

Il sort un monstre anencéphale incomplet, de volume normal quant au reste du corps, tête de batracien, yeux injectés, bouffis ; — absence de calotte crânienne. La tête est aplatie en haut, et forme une surface plane presque au niveau de la ligne joignant les extrémités supérieures des pavillons des oreilles. Sur cette surface, on remarque un espace d'environ 5 à 6 centimètres de diamètre, égalant la moitié de la surface de la calotte crânienne, à bords irréguliers, mamelonnée, couleur lie-de-vin : rudiment de cerveau nu ; les os du crâne sont rudimentaires, leur base même est dépressible, surtout à la région occipito-cervicale. — Pénis, mais absence de testicules ; — peau scrotale avec raphé médian. — Pendant la période d'expulsion, le fœtus faisait de temps en temps des mouvements très marqués dont la mère souffrait beaucoup. Après l'accouchement il a été pris de mouvements et de soubresauts semblables à ceux d'un animal à quatre pattes, décapité ou agonisant d'une mort violente. Soubresauts quand on effleure la région scrotale et la substance cérébrale. Pendant les premières heures de son existence, il a une respiration fréquente, suspirieuse ; la face seulement est cyanosée. Ne prend pas le sein, et n'a pas de mouvements de déglutition. De temps en temps, soubresauts brusques, semblables à ceux dont il a été parlé plus haut.

Le troisième jour a uriné un peu et a eu quelques selles de méconium. — Ictère. — Cris dans la nuit. Du 11 au 12 juin mêmes phénomènes. Meurt le 12 juin, à 1 heure du matin, après 6 jours et 5 heures d'existence.

Donc, monstre *vivant*, mais *non viable*. Quelle sera sa situation à l'état-civil ? *Ni mort-né*, *ni viable*. Ses héritiers hériteront-ils ou n'hériteront-ils pas ?

Les commentateurs du Code (tellement le fait est rare) disent que, dans le cas où cela se présenterait, l'officier de l'état-civil en référera au Procureur de la République.

Dans le cas présent, l'enfant a un acte de naissance et un acte de décès, et le Procureur n'a pas encore fait d'observations.

Un interrogatoire minutieux des parents, et mes recherches au sujet de l'hérédité, des habitudes alcooliques, etc., ne m'ont absolument rien fait découvrir.

Réflexions. — Notre confrère a été sagement inspiré dans l'observation II en n'intervenant pas : l'accouchement spontané, dans ce cas, montre une fois de plus combien il est utile de savoir attendre en obstétrique, notamment dans la présentation de la face. Le toucher manuel aurait peut-être pu permettre de reconnaître l'existence d'une malformation fœtale, même avant l'expulsion du fœtus au dehors. Il est à présumer que la malformation de la tête a été la cause de la présentation de la face.

A quelles variétés de monstres appartiennent les deux fœtus que notre confrère a eu la bonne fortune d'observer à intervalles aussi rapprochés ? (1) Si l'on consulte le Traité d'accouchements de Tar-

(1) C'est une véritable *série* ; le Dr Courgey nous écrit en effet à la date du 4 mars 1889 : « En février 1889, je viens d'observer une jeune primipare qui est accouchée seule, avant l'arrivée de la sage-femme, d'un fœtus masculin d'environ cinq mois qui s'est présenté par les *pieds*, m'a-t-elle dit. Il était mort. C'était un monstre semblable à celui de l'observation II. La tête était petite. Rien de particulier dans les antécédents des parents. »

nier, Chantreuil et Budin, on voit qu'en se reportant à la description du docteur Courgey le premier fœtus appartient à une variété d'*anencéphaliens* : c'est un *dérencéphale*. « Chez les dérencéphaliens, dit Tarnier, le crâne est largement ouvert en haut, tous les os de la voûte (p. 436) sont rejetés latéralement sous forme de petits rudiments ; il devient impossible de reconnaître le trou occipital ; car la partie postérieure de l'occipital manque complètement. L'arrêt de développement atteint aussi les vertèbres cervicales supérieures et peut même s'étendre jusqu'à la première vertèbre dorsale ; mais plus bas la colonne vertébrale et la moelle épinière sont normales... La dérencéphalie est une monstruosité relativement rare. »

Quant au second fœtus, il nous semble appartenir au groupe des *pseudencéphaliens* chez lesquels, « la voûte du crâne manquant complètement, on observe au niveau de la base une tumeur d'un rouge foncé . . . . Les pseudencéphaliens sont plus souvent du sexe masculin. Bien qu'ils puissent remuer et vivre quelques heures, on ne peut pas les considérer comme viables. » Pour préciser davantage, c'est à la variété des *nosencéphales*, que ce fœtus appartient, la tumeur vasculaire n'occupant que la partie supérieure de la tête.

Reste à éclaircir la question de l'état civil pour le fœtus de la seconde observation. Voici comment les faits se sont passés : « La sage-femme qui m'avait appelé, dit le Dr Courgey, a fait à la mairie une déclaration de naissance. L'employé de l'Etat civil dresse un acte de naissance. On apprend le lendemain à la mairie que l'enfant déclaré était un monstre. On me demande un certificat de naissance comme ayant assisté à l'accouchement et je déclare avoir accouché un enfant du sexe masculin *vivant*, mais *non viable*. Copie de la déclaration a été transmise au Procureur de la République avec demande d'avis. L'enfant vient à mourir. On déclare le décès et l'employé de l'état-civil dresse un acte de décès. Le procureur de la République n'a pas envoyé de réponse. L'enfant ainsi inscrit est-il personne civile ? »

Des nombreuses lectures que nous avons faites à ce sujet, il résulte qu'un enfant ne peut être personne civile, même à terme, s'il n'est né vivant et viable. Notre confrère a affirmé que l'enfant n'était pas né viable ; s'il n'y a pas d'intérêts en jeu, son affirmation peut suffire. C'est en effet au médecin que le législateur a laissé le soin d'apprécier la viabilité des enfants d'après les données de la science médicale.

Il est vrai de reconnaître qu'il y a des cas où il est assez difficile de dire si un enfant est ou n'est pas viable ; c'est dans le but de trancher cette difficulté qu'en 18.6 Chaussier proposait de compléter la législation actuelle sur la viabilité par l'addition de plusieurs articles dont le suivant : « Art. 2. Est également réputé non viable, l'enfant qui, parvenu au terme de la grossesse, naît anencéphale, c'est-à-dire avec la privation totale ou partielle du cerveau ou du crâne, quand il serait constaté qu'il a crié, et celui qui a quelqu'autre vice de conformation tel qu'il ne puisse conserver la vie, en exercer les fonctions et qu'on n'y puisse remédier. »

D'autre part, nous croyons qu'ici il faut distinguer le côté juridique et le côté administratif de la question : c'est également l'avis du conseil judiciaire du Concours, l'honorable M. Lordereau, auquel nous avons soumis le fait et qui a bien voulu l'apprécier en ces termes :

« La loi oblige les personnes qui ont assisté à un accouchement à faire la déclaration dans les trois jours et à présenter l'enfant à la mairie, qu'il soit mort ou vivant.

Dans l'espèce citée, la question doit être envisagée au point de vue administratif et au point de vue civil (*ou juridique*).

Administrativement. — L'enfant ayant vécu plus de 3 jours, acte de sa naissance devait être dressé, mais l'officier de l'état civil ne pouvait, ni ne devait insérer dans l'acte que cet enfant n'était pas né viable, car les actes de l'état civil ne doivent contenir uniquement que les mentions indiquées par la loi.

Le décès devait être également déclaré et inscrit par l'officier de l'état civil sur le registre des décès, sans autre mention que celles indiquées par le code.

Dans l'espèce citée, l'officier de l'état civil s'est donc conformé à la loi.

Civilement, c'est-à-dire au point de vue de l'intérêt pécuniaire, il appartenait au médecin qui avait assisté à l'accouchement de délivrer un certificat constatant que l'enfant n'était pas né viable pour éclairer le Tribunal au cas où une contestation aurait été soulevée par des parents ayant intérêt à prouver que l'enfant avait ou n'avait pas eu d'existence civile.

Dans la pratique et au cas où il y aurait en jeu des intérêts pécuniaires, la famille agirait prudemment, en faisant appel aux lumières de plusieurs médecins et en se faisant délivrer par eux un certificat collectif, si leur avis était unanime.

Le Tribunal apprécierait ensuite. »

Nous ne saurions trop remercier le Dr Courgey des deux observations rares qu'il nous a adressées, et qui soulèvent tant de points intéressants : il serait à souhaiter que chacun des nombreux lecteurs du *Concours médical* nous transmît ainsi les faits saillants de sa pratique obstétricale. Ce serait profit pour tous.

Dr G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Commentaire de la Loi Roussel

Dans un ouvrage intitulé « *Commentaire de la Loi Roussel* », M. *Pierre Fleury*, Inspecteur du service des enfants assistés du Cher, propose un certain nombre de modifications et compléments à apporter à cette Loi protectrice de l'Enfance qui, bien que votée depuis 1874, n'est pas encore sérieusement appliquée dans plus de la moitié des départements.

M. Fleury demande tout d'abord que la loi Roussel soit applicable *indistinctement à tous* les enfants *de moins d'un an*. En attendant que cette réforme ait reçu l'assentiment des législateurs, il propose d'autres mesures dont l'application efficace réduira la mortalité infantile.

Ce sont ces propositions que nous analyserons sommairement.

Pour améliorer les conditions de l'élevage des enfants du premier âge et seconder l'œuvre de protection créée par la loi de 1874, M. Fleury émet

l'idée que des conférences soient faites aux jeunes personnes sur les soins que réclame la première enfance. Des cours publics sur l'hygiène infantile dans les grandes villes, des leçons dans les écoles normales et les lycées de jeunes filles, pourraient être instituées à cet effet.

Il faudrait remettre en outre à toute personne qui viendra déclarer la naissance d'un enfant des conseils élémentaires rédigés par la Commission de l'hygiène de l'enfance de l'Académie de Médecine ; et enfin, décerner des récompenses *accompagnées dediplômes* aux mères de familles qui auront elles-mêmes élevé leurs propres enfants avec le plus d'intelligence, de soin et de succès.

Au sujet des *Médecins-inspecteurs*, M. Fleury décide que l'Inspecteur départemental devrait leur faire parvenir tous les trois mois la liste des enfants placés dans le courant du trimestre, dans la commune de sa circonscription ; il serait à désirer aussi qu'une visite fût faite par le médecin le jour même où l'enfant a été confié à la nourrice, afin de s'assurer de son état de santé et prescrire les règles de l'allaitement, visite qui recevrait une *indemnité spéciale*.

A propos du certificat médical, M. Fleury, suivant en cela l'avis du professeur Fournier, réclame que ce certificat mentionne, à l'avenir, que le dernier nourrisson, auquel la nourrice a donné le sein, n'était atteint d'aucune maladie syphilitique. Il demande également que, lorsqu'un médecin-inspecteur conclura à l'élimination d'une nourrice ou gardienne, il en soit donné immédiatement connaissance à l'inspecteur départemental pour qu'il en prévienne les autres médecins-inspecteurs et prie le maire de la commune où réside cette nourrice de ne plus lui délivrer de certificat et de ne pas tolérer qu'elle se charge à l'avenir, de nourrissons.

Il serait bon aussi d'amener les *Conseils Généraux* à voter les crédits nécessaires pour l'acquisition de pèse-bébés qui seraient remis aux médecins inspecteurs afin qu'à chaque visite ceux-ci puissent inscrire le poids de l'enfant et s'assurent par ce moyen qu'il a ce qu'il lui faut.

Après quelques considérations sur le désavantage des visites à la mairie à jour fixe que d'aucuns avaient proposées pour faciliter la tâche des médecins inspecteurs, M. Fleury dit qu'il serait à désirer que les juges de paix et les médecins inspecteurs profitassent des réunions annuelles des Maires du canton, nécessitées par le tirage au sort, la revision ou la formation des listes du Jury, pour leur expliquer le fonctionnement et l'utilité de la loi Roussel ; il pense aussi qu'il serait utile de modifier le dernier paragraphe de l'article 2 du décret réglementaire et d'autoriser les médecins inspecteurs à assister aux réunions des Commissions locales de leur circonscription avec *voix délibérative*.

Une des considérations les plus importantes est celle ayant trait aux salaires des nourrices : il demande que le payement en soit garanti par le département. « Dans le Cher, dit-il, lorsqu'une nourrice ne reçoit plus son salaire, une enquête est ouverte et pendant ce temps l'enfant est considéré comme abandonné et la nourrice reçoit la même pension que si elle était chargée d'un enfant assisté. »

Au sujet du transport prématuré des nouveaunés il serait aussi à désirer que l'on renonçât à la pratique défectueuse, actuellement très répandue, de transporter les enfants à l'église aussitôt après leur naissance pour y recevoir le baptême. L'Académie de Médecine s'est déjà préoccupée de cette question et a insisté, comme l'indique l'Exposé des motifs de la loi du 23 décembre 1874, pour que les enfants soient ondoyés à domicile et portés au baptême quarante jours plus tard.

Contrairement aux idées du Dr. *Rochard*, M. Fleury n'est pas partisan des *nourriceries*, où resteraient en permanence jour et nuit les nouveau-nés, mais il reconnaît l'utilité des *Crèches* qui sont le complément essentiel du système d'éducation populaire.

Adversaire déclaré des *tours*, il dit qu'il est urgent de créer, dans chaque département au moins, un service de maternité pour arriver à faire diminuer le nombre des avortements, des infanticides et des mort-nés.

Une dernière proposition est celle qui consiste à faire constater *médicalement* les causes des décès survenus parmi tous les enfants âgés de moins de deux ans, élevés dans la maison paternelle ou confiés à des nourrices salariées, et faire examiner par un médecin le corps des enfants déclarés comme morts-nés.

M. Fleury termine enfin en demandant qu'un certain nombre de médecins-inspecteurs, élus par leurs collègues soient appelés à siéger au sein du Comité départemental et de plus qu'au Comité supérieur de protection soit adjoint un certain nombre de délégués, élus au scrutin de liste par les Comités départementaux de protection et par les médecins-inspecteurs. Il est incontestable, dit-il, que « depuis quatre ans l'application de la loi Roussel « a sauvé, dans le Cher, la vie à plus de 1,200 en- « fants. Avec 60,000 fr. on a atteint ce but. Cela fait juste *cinquante francs par tête*, il me semble « que l'on n'a pas payé trop cher le rachat de ces « petits Français. »

Il est aujourd'hui permis d'affirmer que, lorsqu'elle sera partout bien appliquée, la loi Roussel sauvera chaque année, en France, la vie à plus de 100,000 enfants.

Protéger la vie de l'enfant, sauvegarder ainsi l'avenir, c'est pour tous les peuples, à la fois donner satisfaction à un intérêt de premier ordre et accomplir un devoir étroit. Dans un pays tel que le nôtre où le mouvement ascensionnel de la population est extrêmement faible, cet intérêt est plus vital encore, ce devoir est encore plus impérieux.

Nous souhaitons donc que le travail de M. Fleury soit répandu, car il constitue une *instruction* utile à consulter par tous ceux qui sont appelés à collaborer à l'Œuvre de la Protection de l'Enfance.

MEDICUS.

HYGIÈNE

Intoxication par les poêles.

Monsieur le Directeur du *Concours médical.*

Permettez-moi d'abord de vous remercier de l'hospitalité que vous avez bien voulu donner aux quelques lignes que je vous ai adressées, ce qui m'a valu le plaisir de recevoir quelques lettres de confrères qui ont eux-mêmes éprouvé les inconvénients des poêles à combustion lente.

Deux, entre autres, habitent Paris (je pourrais donner leurs adresses). L'un était sur le point de

périr asphyxié si l'on n'était par hasard entré dans sa chambre. L'autre a éprouvé tous les symptômes d'intoxication par suite du refoulement du gaz d'un poêle mobile fonctionnant *deux étages* AU-DESSUS *de son appartement*.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt la communication faite à l'Académie de médecine par M. le docteur Lancereaux. Nous lisons les arguments théoriques et pratiques de la docte Assemblée, mais les profanes ont besoin tout simplement de savoir si, en faisant la dépense d'un appareil à combustion lente, l'économie qu'ils ont en vue met oui ou non leurs jours en danger.

J'habite un chef-lieu de canton de 1,400 âmes. Chaque hiver un nombre de plus en plus considérable de ces appareils est vendu dans la localité même. Que peuvent faire dans l'espèce les mesures proposées à l'Académie? Le petit marchand vend ses appareils et n'a cure des conclusions formulées en haut lieu. Du reste, il lui serait difficile de donner un avis sérieux sur l'état des lieux destinés à recevoir ses appareils, et de s'assurer si le tirage des cheminées permet la transformation du carbone en acide carbonique.

La question se résume en ceci : Un industriel vend un appareil de chauffage ; cet engin peut vous tuer si vous ne prenez pas les précautions voulues ; mais, si vous savez vous en servir, vous réaliserez une réelle économie. « Hygiène médio- « cre, s'écrie un savant hygiéniste, que celle qui « admet des compromis avec des agents toxiques, « sous prétexte de faibles doses ».

A mon avis, l'idéal d'un appareil de chauffage serait celui qui réunirait les quatre conditions suivantes : commodité, économie, hygiène et sécurité. J'accorde les deux premiers avantages aux poêles à combustion lente, mais je leur conteste absolument les deux autres.

Du reste, je n'ai plus, pour terminer, qu'une seule réflexion à faire. Si les dangers et les accidents signalés tous les jours ne sont pas réels, comment se fait-il qu'une voix ne se soit pas encore élevée pour prendre la défense de ces appareils de chauffage ? Le silence qui se fait autour d'eux, de la part de leurs adeptes, au moment où le procès est porté devant l'Académie, constitue à mon sens, leur meilleure condamnation.

Agréez, etc.

Dr H. TAILLEFER.

Châteauneuf (Eure-et-Loire).

TRAVAUX ORIGINAUX

Notes sur la tuberculose.

I

Après avoir lu tous les documents sur la phthisie publiés dans le *Concours médical*, je ne vois nulle part signalés les points suivants sur lesquels je désire attirer l'attention de ses lecteurs :

Les médecins et les vétérinaires s'accordent à signaler le danger du lait provenant d'animaux tuberculeux, mais passent sous silence ses dérivés.

Le beurre, par exemple, s'il est fait avec du lait contaminé, ne contiendra-t-il plus de germes pathogènes. Si oui, que dire du médecin qui défendra d'un côté le lait cru et, de l'autre, insistera sur l'usage de ce corps gras ?

Le fromage (préparé avec du lait cru bien entendu) sera-t-il sans danger et pourra-t-il être consommé impunément, alors que le lait d'où il provient est d'une origine suspecte et aurait dû être rejeté ? Mais rien dans la fabrication du fromage ne détruit le bacille qui offre d'ailleurs une vitalité considérable. Bien au contraire.

Pour faire prendre ce liquide, on se sert d'une caillette de veau que l'on fait sécher, que l'on découpe par petits morceaux et que l'on introduit dans une bouteille avec de l'eau et une poignée de sel. Or, si le veau est tuberculeux, il y a toutes les chances possibles pour que son estomac soit farci de bacilles ; car, chez les enfants comme chez les jeunes animaux, ils semblent préférer le tube intestinal comme lieu de séjour. On va donc introduire ce véritable bouillon de culture dans le lait, et pour activer la pullulation du microbe on le portera à une température qui la favorise, et qui est nécessaire à la prise du fromage.

A cet aliment, qui constitue la majeure partie de la nourriture de nos paysans et ouvriers, j'attribue la forte proportion de tuberculeux que l'on constate dans nos contrées. C'est lui le grand coupable, mais non pas le seul.

Si le germe du bacille ne trouve pas un terrain propice à son développement, c'est en vain qu'il sera semé, il n'évoluera pas. Comme certains champignons, il paraît avoir une horreur profonde du calcaire.

Or le sol des Hautes Vosges est exclusivement granitique, siliceux, le calcaire n'y existe pas ; les produits du sol ne peuvent donc en contenir que de petites quantités provenant de diverses sources ; par suite, la nutrition laisse à désirer et le bacille peut s'introduire dans la place.

Il résulte de cela que nous devrons chercher à lui rendre la vie impossible en saturant l'économie de phosphate de chaux, non pas pour calcifier des cavernes qui n'existent quelquefois pas, mais pour rendre le milieu de culture aussi défavorable que possible ; le meilleur sel de chaux est le lacto-phosphate soluble, qui agit en outre par les propriétés microbicides bien connues de l'acide lactique. Il serait excellent et avantageux de saupoudrer l'alimentation du bétail avec un peu de phosphate de chaux en poudre ; les platras et tous les détritus contenant de la chaux devront être soigneusement recueillis et serviront d'engrais, si l'on ne veut avoir recours aux engrais artificiels.

Pour annihiler les sources d'infection provenant du fromage, il faut vulgariser une méthode employée déjà par quelques cultivateurs, méthode qui consiste à introduire dans la présure une énorme quantité d'acide borique ; non seulement cet acide n'est pas dangereux, mais il paraît encore améliorer la qualité du fromage, le rendre plus onctueux, plus crémeux.

Aux sociétés d'agriculture, de prendre les mesures nécessaires pour préconiser et faire adopter cette recette.

Un deuxième point sur lequel je tiens à insister est le suivant : l'air était autrefois considéré comme la cause principale du contage ; il est prouvé aujourd'hui que l'air expiré par les tuberculeux est absolument dépourvu de microbes ; que l'alimentation est, sinon la seule et unique cause de la tuberculose, au moins la principale ; que chez tous les tuberculeux le tube intestinal est plus ou moins altéré.

Je ne vois pas que l'on ait signalé le danger parti-

culièrement redoutable qu'il y a pour les phthisiques à déglutir les produits de leur expectoration. Il y a là une cause d'auto-infection indéniable, que tout médecin doit montrer au malade et lui faire bien comprendre pour obtenir qu'à tout prix il expectore les mucosités et les sécrétions qui se forment dans les bronches et le poumon.

Le but de la créosote, seul remède reconnu efficace jusqu'alors, est précisément de produire dans l'estomac la stérilisation des crachats avalés ; car je ne sache pas que l'on ait jamais retrouvé des traces de ce remède dans les urines ou les produits expirés ; je ne vois pas bien cette substance tannante, coagulante pénétrer dans le sang avec lequel elle se comporte si mal in-vitro.

Il y aurait, je crois, à tonter l'introduction de la créosote dans l'intestin en la donnant sous forme de pilules enrobées de gluten, de manière qu'elles puissent franchir l'estomac sans se dissoudre et n'opérer que plus bas.

Outre cette désinfection, il se produit une légère cautérisation de la muqueuse qui n'est pas sans exercer une heureuse influence comme le prouvent l'augmentation d'appétit et l'amélioration des symptômes gastriques. En donnant la créosote dès le début de l'affection, même dans les cas de bronchite, en maintenant constamment l'estomac et le tube intestinal imprégnés de cette substance, on s'opposera à l'arrivée de nouvelles colonies de microbes et l'on pourra espérer la guérison si toutes les conditions d'hygiène sont observées.

Dr Bertrand, de Vagney (Vosges).

II

Quelques médecins et vétérinaires se sont inquiétés, comme notre confrère le Dr Bertrand, de savoir si les dérivés du lait, beurre et fromage crus, contiennent des bacilles. Nous avons publié autrefois dans le *Concours* une communication faite sur ce sujet à l'Académie des Sciences par M. Galtier, croyons-nous. L'infection a été positive dans certains cas, et notre confrère a raison d'insister sur ce point.

Le danger qu'il y a pour les phthisiques à déglutir leurs crachats est admis par tous les phtisiologues et signalé par eux. Dans notre pratique nous ne manquons jamais, pour notre part, de recommander aux malades de toujours cracher leur expectoration. On a dit qu'une des causes de la fréquence de la tuberculose entéro-mésentérique chez les enfants jeunes est l'ignorance où ils sont de l'expuition.

Quant au passage de la créosote dans l'urine et à son élimination par la muqueuse bronchique, c'est un fait démontré. Les urines des personnes qui prennent de la créosote à dose élevée ont une coloration brun-verdâtre et à leur surface se voit par le repos une pellicule d'apparence à la fois oléagineuse et un peu miroitante. Leur haleine exhale une odeur qui rappelle celle de la créosote. Ce n'est probablement pas en nature, mais à l'état de composés sulfo-conjugués, comme le font les phénols, que la créosote passe dans l'urine.

Quant au mode d'administration de la créosote pour protéger l'estomac contre son action caustique et n'amener sa dissolution lente que dans l'intestin, M. Bouchard enseigne depuis longtemps à l'enrober dans des capsules de gluten, comme le fait Sommerbrodt et comme le désire notre confrère, ou dans du savon médicinal suivant la formule :

Créosote pure de hêtre.......... 10 gram.
Savon amygdalin séché à l'étuve. 25 gram.
F. s. a. 100 pilules.

P. Le Gendre.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des tænias.

M. le professeur Potain a consacré il y a quelque temps une clinique au traitement des tænias. La *Gazette hebdomadaire* en a donné un résumé, auquel un confrère distingué le Dr Giquel (de Vannes) ajoute d'intéressantes réflexions.

« M. Potain examine quelle est la valeur des différents *tænicides*. Les uns, dit-il, agissent par traumatisme sur le ver. Ce sont les poudres de fer, d'étain, de zinc, de charbon.

Il en est d'autres qui sont des *poisons chimiques*, depuis le pétrole et la noix vomique, jusqu'au cyanure de potassium, que M. Peter a indiqué comme ayant, par hasard, guéri un Américain. Celui-ci avait par erreur, ayant cru prendre une pastille, avalé un serpent de Pharaon.

Dans une autre classe, il faut ranger les *stupéfiants* tels que l'acide carbonique, l'éther, l'alcool. Dans quelques cas, on a vu le parasite rendu à la suite d'une forte absorption de liquides alcooliques. Mais ce sont là des exceptions.

Les médicaments tænicides sont en général des *spécifiques*. Encore la plupart d'entre eux donnent-ils des résultats médiocres. Trois des principaux appartiennent à la matière médicale exotique. C'est d'abord le Mucenna, sorte d'acacia dont on donne l'écorce en poudre et qui serait très utile en Afrique ; en France, les résultats sont beaucoup moins beaux, et on n'a guère à enregistrer que des revers. — Vient ensuite le kamala, qui provient du fruit d'une euphorbiacée de l'Inde ; on en administre 12 grammes dans un purgatif huileux. Jadis en odeur de sainteté, ce médicament est aujourd'hui délaissé. Vient enfin le kousso qui, pendant quelque temps, a été à peu près le seul médicament prescrit en France. On fait macérer, puis infuser les fleurs de cet arbrisseau à la dose de 20 grammes, et on avale le mélange. L'activité des fleurs mâles et femelles diffère ; telle est peut-être la cause de la variabilité des résultats obtenus. La préparation est d'ailleurs nauséeuse. On a alors essayé de granuler le médicament, mais il faut avaler 48 grammes de ces granules pour ne prendre que 16 grammes de fleurs. Sur 737 cas, Bérenger-Féraud n'a relevé que 67 succès, soit 1 pour 10.

En Abyssinie, le kousso est très employé, mais ce n'est pas pour se guérir du parasite qu'on l'emploie. Les Abyssiniens se contentent d'en évacuer une partie. Le ver se régénère peu à peu et sa présence provoque des contractions intestinales favorables contre la constipation qui est, chez eux, endémique. Parmi les médicaments tirés de plantes indigènes, il faut citer, en première ligne, la fougère mâle. Son rhizome renferme une huile volatile qui s'emploie sous forme de poudre ou d'extrait éthéré. On prescrit d'ordinaire 4 grammes de poudre en suspension dans une potion. Trousseau donnait à la fois l'extrait et la poudre et terminait par trois gouttes d'huile

de croton : l'application du traitement était difficile.

Il faut préférer les capsules contenant de l'extrait éthéré et du calomel ; mais, pour réussir, il faut en avaler 16 au moins, ce qui complique le traitement. De plus, il est certain que, si certaines plantes sont actives, comme celles que l'on recueille dans les Vosges, il en est d'autres qui restent inactives, par exemple celles de Normandie.

La GRAINE DE COURGE vient ensuite. On doit employer les graines du potiron commun, les autres sont inactives ou mal connues. La partie utile serait le périsperme, qui renferme une sorte de résine verdâtre; cependant quelques médecins ont eu moins de succès avec ce périsperme. Il vaut donc mieux employer les graines, mais après les avoir mondées ; 50 à 60 grammes de graines bien mondées représenteront 140 grammes de semences entières. On pilera en pâte et on administrera le médicament soit sous forme d'électuaire, soit, ce qui est mieux, en émulsion dans du lait. Ensuite, on fera prendre un purgatif quelconque. Bérenger-Féraud a relevé 20 succès sur 349 cas, soit 4 pour 100. Mais peut-être les résultats seraient-ils plus brillants si l'on avait soin de noter la provenance des graines.

La racine de GRENADIER, déjà employée par les anciens Romains, est l'un des médicaments tænifuges les plus recommandés dans ces derniers temps. On emploie l'écorce de la racine et celle des branches en rejetant les rameaux de l'année. Quand elle est fraîche, cette écorce est très active ; elle s'altère, du reste, assez facilement. Cette altération spontanée se remarque pour la plupart des tænifuges, et c'est une des raisons pour lesquelles il vaut mieux choisir ceux qui proviennent de plantes indigènes. Le kamala, le kousso, par exemple, deviennent inactifs au bout d'un an et demi à deux ans.

Pour le grenadier, on se sert de la poudre, de l'infusion, de l'extrait. Il faut prescrire 60 grammes de poudre, préparation désagréable et peu efficace. L'infusion est plus utile, et se fait avec 60 grammes d'écorce fraîche ou sèche. L'état de dessiccation importe peu, parce que, s'il y a moins de substance active, il y a moins d'eau ; par contre, il ne faut jamais employer d'écorce vieillie. On met les 60 grammes d'écorce dans 750 grammes d'eau que l'on fait bouillir, on laisse macérer vingt-quatre heures, puis on évapore à 500 grammes. On termine le traitement en donnant un purgatif approprié à l'état des voies digestives du malade.

Bérenger-Féraud, sur 832 cas, a relevé 50 pour 100 de succès. L'extrait donne des résultats médiocres. On pourrait essayer de l'administrer en cachets et de faire boire ensuite au malade une certaine quantité d'eau ; car cette dilution a pour objet de faciliter et de rendre plus rapide l'évacuation du médicament dans l'intestin où il agit et d'empêcher son absorption dans l'estomac.

Le principe actif de la racine de grenadier est la PELLETIÉRINE. C'est un alcaloïde liquide qui peut former un sulfate solide. Le sulfate de pelletiérine devient actif quand il est associé au tannin, qui le rend cependant beaucoup moins soluble ; la nature exacte du corps qui se forme alors n'est pas bien établie. Mais, grâce à cette préparation, on a obtenu 65 et même, dans ces derniers temps, 79 pour 100 de succès. Au début, on donnait 0,70 centigrammes ; actuellement, on a reconnu que 0,30 centigr. sont suffisants. Une dose forte est loin, en effet, d'être inoffensive. La racine de grenadier cause des vertiges, des palpitations, de l'angoisse précordiale, des nausées, des vomissements, de la faiblesse générale, des crampes dans les membres inférieurs. Quelquefois il y a des accidents persistants, de la paralysie tenace des muscles intestinaux. De là la nécessité d'administrer des purgatifs assez énergiques et d'attendre quelque temps avant de recommencer le traitement.

Quel que soit l'anthelminthique choisi, un certain nombre de précautions sont à prendre. L'animal doit être expulsé pendant l'engourdissement. Un purgatif prescrit la veille a des inconvénients, car il est d'observation que, quand le tænia est irrité, il se cramponne davantage. On se bornera donc à ordonner la diète lactée dès la veille et un lavement purgatif pour vider le gros intestin. L'anthelminthique sera donné en deux fois à une demi-heure d'intervalle et le malade restera au lit pour éviter, autant que possible, les étourdissements et les nausées. La nature du purgatif est à peu près indifférente, mais celui-ci devra être donné après un intervalle ni trop long, ni trop court. On le fera prendre quand certains mouvements dans l'abdomen indiqueront que le ver se détache, c'est-à-dire une demi-heure à trois quarts d'heure après l'administration du spécifique. Quand on le donne trop tôt, le spécifique n'a pas le temps d'agir ; quand on le donne trop tard, le ver est sorti de son engourdissement. Il faut bien recommander au malade de se placer au-dessus d'un vase plein d'eau pour rendre le parasite, de ne pas tirer sur l'animal, s'il sort peu à peu, au lieu de tomber en bloc. S'il tarde à sortir, on recourra à un lavement purgatif. Si on échoue, il faut attendre pour agir que le tænia ait donné de nouvelles preuves de sa présence. »

C'est à l'occasion de cette leçon, que le docteur *Giquel* (de Vannes) écrit ceci :

Cinquante médicaments ont été essayés parmi lesquels un petit nombre seulement est destiné à rester dans la thérapeutique.

Le mucenna est inerte lorsqu'il arrive en France.

Le kamala réussit peu.

Le kousso est nauséeux et tellement répugnant que beaucoup de malades ne peuvent le supporter. Toléré, il ne donne guère plus d'un dixième de succès.

L'extrait éthéré de fougère mâle est infidèle dans son action.

La racine de grenadier est active à l'état frais, mais, lorsqu'elle a été conservée pendant quelque temps dans nos pharmacies, elle est une arme insuffisante pour expulser l'ennemi.

Le sulfate de pelletiérine associé au tannin est d'un prix élevé et paraît, dans certains cas, aussi dangereux pour l'homme que pour l'helminthe.

Reste la graine de courge dont on fait une pâte qui, préparée la veille, a fermenté pour le lendemain et a pris un goût de souris devant lequel j'ai vu reculer des hommes résolus.

En face de ces inconvénients nombreux des tænifuges administrés par les vieux procédés, et après avoir éprouvé plusieurs insuccès, le praticien peut se trouver embarrassé. Quel médicament devra-t-il proposer à un malade ennuyé de tentatives infructueuses ? Quelle forme donnera-t-il à ce médicament ? Devra-t-il attendre pour agir que le ver reformé laisse échapper des anneaux ? L'observation suivante répond à ces questions :

A..., âgé de vingt-deux ans, est atteint depuis trois ans de tænia médiocanellata dont il a vainement essayé de se débarrasser en employant plusieurs tœnifuges et en particulier le kousso et la graine de courge. Désireux de chasser son helminthe et fatigué des drogues indigestes et des purgations qu'il avait prises jusqu'alors, il employa, d'après mes conseils, peu de temps après une tentative dont le résultat avait été fort incomplet, le procédé suivant : Chaque matin, on lui apportait du marché, des graines fraîches de citrouille ; il en mettait dans sa poche une poignée et fréquemment, dans la journée, il mangeait sans compter un certain nombre de ces graines préalablement décortiquées à l'aide de ses ongles. Pendant près de quinze jours il rendit à chaque selle des fragments plus ou moins longs de tænia et des cucurbitins isolés. Pendant la troisième semaine de son traitement, rien de suspect n'apparaissant dans les garde-robes, il s'en tint là. Plusieurs années ont passé depuis ce moment et la guérison est bien acquise.

Le patient se loue beaucoup de ce mode de traitement qui a donné un résultat vainement recherché auparavant, sans qu'il ait eu l'ennui de prendre de nouvelles purgations et d'interrompre le cours de ses occupations. Le seul inconvénient qu'il ait ressenti de cette absorption prolongée de la graine de courge a consisté en un peu de pesanteur d'estomac lorsque la quantité prise en un jour a été trop considérable.

De cette observation on peut conclure : 1° Que la graine de courge est un médicament efficace autant qu'inoffensif ;

2° Qu'elle peut donner un résultat complet sans le secours des purgatifs ;

3° Qu'il n'est pas nécessaire d'attendre, pour l'administrer utilement, que le ver soit pourvu d'un grand nombre d'anneaux ;

4° Enfin, et c'est là le point le plus important, que lorsqu'on n'est pas parvenu à expulser un tænia avec des doses massives de médicament et pour ainsi dire par surprise, on peut avoir raison de l'entozoaire par un empoisonnement chronique. »

M. Lereboullet ajoute qu'il est indispensable de n'employer jamais que de bons médicaments. « La recommandation paraît banale. Elle a cependant son importance. Si l'on échoue si souvent, en effet, avec l'extrait éthéré de fougère mâle ou avec l'écorce de racine de grenadier, c'est que l'on emploie trop souvent des produits anciens ou mal préparés. Il en est de ces médicaments spécifiques comme de la digitale et de l'aconit. Les résultats qu'ils produisent sont en raison directe du soin que l'on a mis à récolter et à conserver la matière première, à préparer et à administrer le médicament composé. »

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Bureaux des Syndicats médicaux pour 1889.

Syndicat médical de la Loire-Inférieure.

Président : M. le Dr Poisson.
Vice-présidents : MM. les Dr Destez et Pastoureau.
Secrétaire-trésorier : M. le Dr Luneau.
Secrétaire-adjoint : M. le Dr Pérochaud.
Syndics : MM. les Drs Berneaudeaux, Chachereau, L. Jouon et Teillais.

REPORTAGE MÉDICAL

Les médecins Russes ont tenu, récemment, un *Congrès médical* auquel assistaient 162 femmes médecins. Nous supposons qu'au congrès médical professionnel de 1889 on conviera aussi nos confrères du sexe féminin. Mais il serait absolument impossible d'en réunir un aussi grand nombre.

Le Congrès des *Sociétés savantes* françaises aura lieu du 11 au 15 juin et le Congrès international de *thérapeutique* du 1er au 5 août.

La répression des remèdes secrets. — On annonce que, sur une commission rogatoire de M. Guillot, juge d'instruction, des flacons contenant des drogues diverses devant guérir les maladies les plus secrètes, ont été saisis, et que les médecins dont les noms figurent sur les étiquettes de ces flacons, seront poursuivis pour exercice illégal de la médecine, s'ils ne peuvent justifier du titre de docteur.

Il serait à désirer que l'on pût saisir de même les nombreux médicaments secrets qui sont vendus en si grand nombre, grâce aux réclames de prospectus aussi insinuants que mensongers. N'est-ce pas commettre le délit d'escroquerie ou celui de tromperie sur la qualité de la marchandise vendue que d'abuser aussi audacieusement de la crédulité publique ? On peut et l'on doit autoriser les spécialités pharmaceutiques. Il faudrait pouvoir poursuivre les médicaments secrets.
(*Gaz. hebdom.*)

Le prix de dix mille francs, *prix Lacaze*, a été délivré par la faculté à M. *Malassez* pour ses travaux sur la tuberculose.

En Belgique, on propose de créer un diplôme spécial de médecin légiste ; à Bruxelles il vient de se former une *Société de médecine légale*, qui faisait défaut chez nos voisins.

M. *Bourneville* signale le nombre considérable d'établissements consacrés aux *enfants arriérés et idiots*, chez les étrangers et il fait remarquer que la méthode d'éducation due à notre compatriote Edouard *Séguin*, n'est pas appliquée en France. Ce n'est que dans la Seine qu'on a organisé quelques services spéciaux ; il demande à l'*Assistance publique* d'agrandir les sections de la Salpêtrière et de Bicêtre, afin de les montrer en plein fonctionnement à l'occasion du *Congrès de l'Assistance publique*. M. *Thulié*, boulevard Beauséjour, 31, Paris, est le secrétaire de ce Congrès qui aura lieu le 4 août. On s'inscrit en lui envoyant son adhésion et une somme de 20 fr.

Cours d'hypnotisme. — M. le Dr *Bérillon* le fait tous les jeudis, à 10 heures du matin, 55, rue Saint-André-des-Arts.

Institut Pasteur. — M. Duclaux commencera le mardi 19 mars à 2 heures et demie le cours offi-

ciel de chimie biologique qu'il faisait les années précédentes à la Sorbonne.

M. Roux commencera le vendredi 15 mars un cours pratique de micro-biologie. Le droit d'inscription est de 50 fr.

Ouverture de l'Ecole de santé militaire. — Par décret ministériel l'école de service de santé militaire, à Lyon, ouvrira le 9 mars prochain.

Crémation. — Le four crématoire du Père-Lachaise vient de fonctionner exceptionnellement, la loi sur la crémation n'étant pas votée encore. Il s'agissait d'un médecin russe, le Dr Jacoby, qui a fait incinérer le corps de son enfant âgé de onze ans. L'opération, qui a duré une heure, a parfaitement réussi.

Empoisonnement d'un Sous-Préfet. — Nous avons signalé, dans un de nos précédents numéros, l'empoisonnement du Sous-Préfet de Barcelonnette. Le tribunal correctionnel de Digne vient de condamner Mlle Richaud à 30 fr. d'amende.

La même peine est prononcée contre le docteur pour avoir négligé de tenir sous clef ses poisons.

M. et Mlle Richaud sont en outre condamnés solidairement à payer 10,000 fr. de dommages-intérêts à Mme Jaubert et 8.000 fr. à chacun des deux enfants laissés par le défunt.

Etrange vaccination antirhumatismale.— Voici une idée excentrique née sur les rives du Danube. M. Terc indique dans la *Wiener medicinische Presse* un moyen singulier d'immunité contre le rhumatisme. Il consiste à saturer l'économie du venin d'abeilles. M. Terc aurait remarqué que chez les rhumatisants, la tuméfaction, qui résulte des piqûres d'abeilles finit par ne plus se produire. A ce moment le rhumatisant serait guéri. Ce procédé a été appliqué dans 173 cas qui ont nécessité 39,000 piqûres ! ! !

Du nombre des enfants par ménage. — Les familles françaises peuvent se classer de la manière suivante : 20 pour 100 n'ont pas d'enfants, 24 pour 100 ont un enfant ; 22 pour 100 ont 2 enfants ; 10 en ont 3 ; 9 en ont 4 ; 5 en ont 5 ; 3 en ont 6 ; 2 en ont 7 et plus. En trente ans, la proportion des familles sans enfants a augmenté de 3 p. 100.

La Rosette. — Après le béret, la rosette.

Les étudiants en médecine porteront une rosette rouge et noire avec une tête de mort au milieu.

Les pharmaciens, verte avec un palmier en argent, autour duquel s'enroule un serpent d'or. Les étudiants en droit, noire avec balance en or

Les élèves en sciences, rouge avec palme en argent. Les élèves des beaux-arts n'ont encore pu fixer la couleur de leur rosette.

A quand une nouvelle excentricité ?

La morphine sans ordonnance et les pharmaciens. — A la Société de médecine légale de France, M. Motet a cité le fait d'un pharmacien qui, ayant délivré de la morphine sans ordonnance, a été condamné à 600 fr. d'amende et quinze jours de prison. M. Brouardel a rappelé un fait analogue ; un pharmacien fut condamné pour avoir délivré de la morphine sans ordonnance, à payer l'entretien d'un malade jusqu'à sa mort dans une maison de santé, le Tribunal ayant jugé que l'administration continue de la morphine avait, par la faute du pharmacien, mis la malade dans l'état de débilité où elle se trouvait.

Accouchements. — La chaire d'accouchements de la Faculté de Paris a pris, à dater du 26 février, le titre de clinique obstétricale. M. le Dr Tarnier est nommé professeur de clinique obstétricale (chaire transformée).

La saccharine à l'étranger. — Les décisions adoptées par les différents gouvernements à ce sujet ne concordent guère :

L'Angleterre et le Portugal ont considéré cette substance comme dangereuse et en ont interdit complètement l'entrée.

L'Autriche, au contraire, a trouvé que la saccharine n'était nullement nuisible. En Belgique, l'Académie de médecine a demandé un délai avant de se prononcer. Enfin, en Hollande, tout en reconnaissant qu'elle n'était pas d'un emploi à recommander, le Conseil supérieur de santé a décidé qu'il n'y avait pas lieu d'en proscrire l'usage alimentaire.

Concours d'agrégation en Médecine. — Sont nommés agrégés MM. Chantemesse, Marie, Gilbert, Letulle et Nester, pour Paris. — Larda pour Montpellier — Ménard, pour Bordeaux. — Combemale pour Lille — Roque, pour Lyon.

Le concours pour l'agrégation en chirurgie est fixé au 7 mars.

Concours du Bureau Central. — La première épreuve d'admissibilité du Concours pour trois places de médecin du Bureau Central, a eu lieu le Mercredi 27 Février. Le sujet était : « De la sclérose du cœur. »

La lecture des compositions a commencé le 1er Mars.

Victime du devoir professionnel. — Un étudiant en médecine, M. Pascaret, élève du service de santé militaire, vient de mourir, à l'âge de 23 ans, d'une fièvre typhoïde contractée à l'hôpital militaire Saint-Martin.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL.

Dr Escarras, à Cannes, par le docteur Lapeyre, Cannes.
Dr Vivent, à Beaumont-de-Lomagne, par le docteur Dupuis, Moissac.
Dr Legoy, à Houilles, par le docteur Lepage, Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès du docteur Ancelon, de Nancy.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur la valeur du traitement de la Tuberculeuse Pulmonaire par les inhalations d'acide Fluorhydrique, par le docteur Garcin. — Paris, G. Masson, éditeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Vitalité extrême du microbe de la diphthérie.

La nécessité de recourir à la désinfection la plus minutieuse des locaux contaminés par les malades atteints de diphthérie aussi bien que de tous les objets touchés par eux est sans cesse attestée par les faits cliniques. Dans une clinique, M. Grancher citait le cas d'un berceau d'osier qui a transmis la diphthérie aux enfants qui l'ont occupé successivement à de longs intervalles. Instructif aussi est le cas (observé par M. Worms) d'un magistrat qui fut atteint de diphthérie amygdalienne pour s'être badigeonné les amygdales légèrement enflammées avec un pinceau qui avait servi 4 ans auparavant à badigeonner la gorge de sa fille atteinte de diphthérie, ce pinceau ayant été à cette époque soigneusement replacé enveloppé dans une armoire. M. le Dr Grellet, d'El Biar (près Alger), vient de publier plusieurs faits de sa pratique dans lesquels le contage diphthéritique s'est conservé pendant 1 à 5 années soit dans une chambre, soit dans des jouets d'enfants.

Collyres aux borates d'alcaloïdes.

MM. *Galezowski* et *Petit* font remarquer qu'un des plus grands inconvénients des collyres préparés avec les sels d'alcaloïdes consiste dans l'acidité presque constante de ces sels, et, partant, dans l'irritation qu'ils provoquent. Ils ont pensé que l'emploi des borates remédierait à ce défaut, et l'un d'eux a préparé avec l'acide borique des sels alcaloïdiques qui ont rendu de réels services. Si, en effet, il y a excès d'acide borique, celui-ci ne sera pas nuisible.

Relativement à la manière de préparer ces collyres, l'alcaloïde (ésérine, pilocarpine, atropine, hyoscïamine, cocaïne) est dissous dans une faible quantité d'alcool ; d'autre part, on dissout également dans le même véhicule deux fois le poids en acide borique de l'alcaloïde employé ; on mélange les deux liqueurs et on évapore à siccité.

Traitement de la coqueluche par l'antipyrine.

M. *Dubousquet-Laborderie* a imité plusieurs médecins français et étrangers, tels que Geffrier (d'Orléans), Jenser (de Vienne), Solenberger, Friedlander, etc., qui ont vanté l'antipyrine contre la coqueluche.

Notre confrère croit que l'antipyrine agit efficacement contre les trois éléments de la coqueluche, le catarrhe, la spécificité, l'élément nerveux ; c'est cependant en tenant compte de l'action dépressive de l'antipyrine sur le système nerveux que M. Dubousquet-Laborderie a été conduit à l'employer dans le traitement de la coqueluche. Depuis lors, il n'a eu qu'à se louer des bénéfices qui résultent de cette méthode ; en effet, dans 94 cas de coqueluche, il l'a mise en pratique, et 71 fois les résultats furent très appréciables. Tandis, en effet, qu'une coqueluche sérieuse dure en moyenne de quarante à cinquante jours, quelquefois davantage, dans les cas où l'antipyrine a été employée, la durée de la maladie n'a pas dépassé de dix-huit à vingt-cinq jours ; en outre, non seulement la durée était diminuée, mais la gravité de la maladie était notablement amoindrie et très rapidement les quintes diminuaient de fréquence. M. Laborderie n'a, à la suite de l'emploi de l'antipyrine chez les enfants, jamais observé d'accidents et dans les cas même où sont survenues des complications graves, telles que broncho-pneumonie ou bronchite capillaire, il n'a pas constaté le moindre effet nuisible du médicament. Deux fois seulement sont survenues des éruptions cutanées éphémères, et dans quelques cas isolés l'apparition de troubles gastriques l'a forcé de discontinuer le traitement. Il croit, du reste, que l'impureté du médicament contribue pour beaucoup à la production de ces phénomènes d'intolérance.

L'antipyrine semble donc être aussi bien, sinon mieux, supportée par les enfants que par les adultes; elle peut être employée à la dose de 30 centigrammes à 1 gramme pour les enfants de un à trois ans, et à la dose de 2 à 4 grammes chez ceux qui sont plus âgés ; souvent même la dose de 1 gramme a été supportée, sans le moindre inconvénient, par de très jeunes enfants.

Associée avec de l'eau de Vichy, de Vals et un sirop édulcorant, elle est admirablement acceptée par la plupart des petits malades.

De la sclérose névroglique dans l'épilepsie essentielle.

M. *Chaslin*, médecin-adjoint de l'hospice de la Salpêtrière, a examiné quatre cerveaux d'épileptiques dits essentiels, qui ont tous présenté, plus ou moins marquée, l'altération que l'on a décrite sous le nom de sclérose cérébrale : un de ces cerveaux ne montrait pas de lésion visible à l'œil nu ; une olive du bulbe seule était indurée. Macroscopiquement les circonvolutions malades sont petites, ratatinées, lisses ou un peu chagrinées, dures, atrophiées ; les cornes d'Ammon, les olives sont plus ou moins atteintes. Il y a de larges espaces sains. La pie-mère est saine et non adhérente.

Microscopiquement, dans les points les plus altérés, l'écorce grise est envahie par des fibrilles qui prennent naissance dans des cellules araignées à prolongements hypertrophiés, tandis qu'à l'état normal il n'y a pas de fibrilles bien nettes et les prolongements des cellules sont à peine visibles. En outre, ces fibrilles forment, par places, un réseau qui se transforme en gros faisceaux. On sait, depuis les travaux de M. Ranvier, que le tissu de soutènement des centres nerveux n'est pas du tissu conjonctif, et que *la névroglie est d'origine ectodermique.* Les fibrilles et les faisceaux que M. Chaslin a observés ne sont pas non plus du tissu conjonctif ; ce sont des formations névrogliques d'origine ectodermique, comme le démontrent leur point de départ cellulaire, l'indépendance des vaisseaux d'ailleurs non enflammés, la non-adhérence de la pie-mère, enfin des réactions histochimiques spéciales. Cette sclérose est donc une sclérose toute spéciale par prolifération de la névroglie, tissu de soutènement d'origine épithéliale, ectodermique. Il ne s'agit pas ici d'un processus d'origine inflammatoire.

Dans l'encéphale, où les lésions étaient seulement visibles sur une des olives indurées, l'écorce grise paraissait saine à l'œil nu. M. Chaslin a pu y démontrer la présence de la prolifération névroglique. Rapprochant ces faits de l'existence de l'épilepsie idiopathique chez les malades dont il a examiné le cerveau, M. Chaslin conclut :

1° Que la sclérose cérébrale, ou tout au moins certaines formes de cette altération, est due à une prolifération de la névroglie. Il propose le nom de sclérose névroglique ;

2° Que l'épilepsie dite essentielle reconnaîtrait, dans un certain nombre de cas, pour cause première, la prolifération de la névroglie, probablement sous l'influence d'une perturbation dans le développement ou l'évolution de cette névroglie, vu le rôle de l'hérédité et l'absence d'inflammation dans ces cas.

MÉDECINE PRATIQUE

Travaux récents sur la variole.

Vaccination pendant l'incubation. — Variole et grossesse. — Variole fœtale. — Complications broncho-pulmonaires. — Albuminurie. — Accidents nerveux. — Infections secondaires. — Thérapeutique et prophylaxie.

Malgré l'imperfection relative de la vaccination dans notre pays, par suite de l'absence d'une loi la rendant obligatoire, la variole y est cependant assez rare hors de certains milieux pour que beaucoup de praticiens n'aient pas occasion d'en voir, et par suite n'aient pu se tenir au courant des travaux qu'elle a suscités depuis dix ans. Fidèle à notre habitude de colliger pour nos lecteurs les publications scientifiques éparses sur les divers points de la pathologie, nous ferons aujourd'hui cette revision pour la variole. Les superbes descriptions, que tout le monde a lues dans les cliniques de Trousseau, demeurent vraies dans presque tous leurs détails ; mais elles ont été complétées.

I

La *durée de l'incubation* n'a pas encore été délimitée avec précision ; la plupart des auteurs la fixent entre 7 et 14 jours et ne lui assignent aucune relation avec la gravité ou la bénignité de la maladie, ni avec sa forme clinique. M. T. Barthélemy, qui, en 1880, a consacré sa thèse à de remarquables recherches sur la variole, dit que la période d'incubation peut varier de 9 à 15 jours. En 1879, M. H. Marais, ayant pu préciser dans deux cas de variole le moment exact de la contagion, a constaté que l'incubation avait été dans l'un de 11 jours, dans l'autre de 12. Un de ces cas lui a prouvé aussi que la contagion peut s'exercer avant la période de dessiccation des pustules.

Le récit d'une épidémie de variole observée à Adissan (Hérault) par le Dr Courtès en 1879 met en lumière certains faits. Depuis 10 ans aucun cas de variole n'avait été vu dans ce village, lorsqu'une jeune domestique en pleine éruption arriva dans sa famille, où pas un des enfants n'était vacciné ; quatre cas éclatent aussitôt dans cette maison qui devient un foyer, d'où l'épidémie rayonne d'abord dans le voisinage immédiat, puis bientôt à d'assez longues distances, transportée par des femmes et des enfants qui étaient venus visiter les premiers malades et qui formèrent divers foyers secondaires dans les autres quartiers du village. Sur 550 habitants, 35 n'avaient *jamais* été vaccinés ; de ceux-ci 21 sont frappés, (60 %), 8 meurent ; sur les 515 vaccinés, 51 seulement sont atteints (moins de 10 %) et aucun ne succombe. C'est un bon exemple à citer aux adversaires de la vaccination.

Le Dr Courtès, qui s'est hâté de vacciner les enfants non vaccinés et a pu ensuite pratiquer 450 revaccinations dont un tiers avec succès, a noté plusieurs particularités intéressantes. 5 sujets ont été revaccinés ou *vaccinés en pleine période d'incubation*, 4 ont guéri ; la variole a été d'autant plus atténuée que l'inoculation était faite plus longtemps avant l'apparition des prodromes ; chez le cinquième, qui a succombé, les premiers symptômes s'étaient montrés le lendemain de l'inoculation. Il n'y a donc pas à hésit

à vacciner un sujet qui ne l'a pas encore été, alors même qu'il peut être en pleine incubation de variole ; c'est encore peut-être un service qu'on peut lui rendre en atténuant la gravité de la maladie qui va éclater.

M. Courtès a en outre constaté sur lui-même dans cette épidémie que les premieres gouttes de lymphe vaccinale qui s'écoulent après l'ouverture d'une pustule ont le maximum d'efficacité ; en effet, ayant été revacciné sans succés 7 ans auparavant, il s'inocule avec de la lymphe prise dans une pustule qui avait déjà servi à vacciner 14 enfants ; résultat négatif. Mais, quelques jours après, en ouvrant une vésicule vaccinale, il se pique par mégarde le bout du doigt avec sa lancette chargée de vaccin ; il pratique instinctivement la succion, et pourtant 3 jours après apparaissait sur son doigt une belle pustule vaccinale suivie de cicatrice typique.

L'influence de la variole sur la grossesse et la vitalité du fœtus a été étudiée par le Dr Ch. Jobard en 1883. Ses recherches ont confirmé les opinions admises par les classiques. L'avortement, qui est exceptionnel dans la varioloïde, se produit une fois sur deux dans la variole discrète et surtout cohérente ; il est inévitable dans les formes confluentes et hémorrhagiques. Quand l'avortement n'a pas eu lieu à la période d'invasion, c'est en général pendant la suppuration qu'il se produit.

Les causes de l'avortement des femmes variolisées sont en première ligne : la mort du fœtus variolisé lui-même, l'hémorrhagie utérine ou placentaire, plus rarement des contractions utérines primitives excitées par l'hyperthermie ou la médication. Au point de vue du degré de la fièvre, c'est à partir de 39°5 que la température de la mère menace la vie du fœtus. Même dans les formes non hémorrhagiques, les métrorrhagies de l'avortement sont redoutables par leur abondance. M. Jobard ne croit pas que la variole se communique nécessairement de la mère au fœtus ; l'infection ne se fait ordinairement qu'à une période avancée de la variole maternelle, et il faut toujours faire vacciner l'enfant comme si la mère n'avait pas eu la variole.

Il y a lieu de rapprocher ces conclusions de celles de M. Lothar-Mayer (1880) qui admet que la réceptivité du fœtus pour le contage variolique est beaucoup plus faible que celle du nouveau-né et surtout de l'enfant en bas-âge. Pour la vaccine la réceptivité du nouveau-né serait aussi moins développée que celle de l'enfant plus âgé. Cependant les nouveau-nés peuvent être efficacement vaccinés avec une quantité suffisante de vaccin bien actif. Lorsqu'on ne constate pas après la vaccination d'un nouveau-né de la fièvre et une aréole inflammatoire, on doit tenir cette vaccination pour incomplète.

La fréquence de l'avortement dans la variole des femmes enceintes, le taux élevé de la mortalité ont été mis en lumière de nouveau par M. Sangregorio en 1887.

Quant à l'existence de la *variole intra-utérine*, elle est attestée par de nombreux faits, entre autres celui qu'a publié en 1887 M. Laurent (Th. de Lyon) ; le corps du fœtus était couvert de pustules.

On sait que l'énanthéme variolique porte sur la muqueuse laryngo-trachéale et celle des bronches ; aussi les *complications broncho pulmonaires* sont-elles relativement fréquentes. Outre la formation de pustules sur les bronches, et ces pustules ne pénétrent jamais au-delà des bronches de 2e ordre, — il existe de la bronchite presque constamment (Joffroy 1880), mais on peut observer aussi, comme l'a montré M. Breynaert (1880, Th. de Paris), de la splénisation ou congestion inflammatoire, de la spléno-pneumonie, des broncho-pneumonies à noyaux disséminés ou confluents, enfin de la bronchite capillaire. Il y a beaucoup d'analogie entre ces lésions broncho-pulmonaires de la variole et celles qu'on observe dans la fièvre typhoïde ; elles reconnaissent également pour facteurs la paralysie vaso-motrice adynamique et l'intoxication du sang.

L'*albuminurie* dans la variole, qui avait été signalée par M. Cartaz en 1872, a été étudiée encore par M. Couillaut en 1881 (Th. de Paris), et par M. Bourgin 1885. (Th. de Lyon).

D'une façon générale elle est très fréquente ; elle existe plus d'une fois sur deux dans les varioles hémorrhagiques et confluentes, plus d'une fois sur trois dans les varioloïdes. Mais il faut distinguer l'albuminurie de la période aiguë et celle de la convalescence. La première est la plus fréquente, elle est très passagère, de 2 à 5 jours, elle apparaît généralement au début de l'éruption ou pendant la fièvre de suppuration. On ne trouve pas d'ordinaire plus de 0,30 à 0,60 d'albumine par litre, et, comme cette albuminurie insignifiante coïncide avec l'hyperthermie, on peut admettre qu'elle est le résultat seulement de la superalbuminose légère du sang que produit l'augmentation des déchets organiques causée par la combustion fébrile. Peut-être un peu de congestion rénale entre-t-elle aussi en jeu, mais cette albuminurie transitoire ne doit nullement aggraver le pronostic et n'est jamais le début d'une affection rénale.

Au contraire, l'albuminurie, qui survient dans la convalescence à titre de complication rare aprés des varioles très cohérentes ou confluentes, est liée, tantôt à un œdème congestif passager du rein causé par un coup de froid (Bourgin), tantôt à une néphrite aiguë secondaire, avec tous les symptômes ordinaires des néphrites aiguës : anasarque, urines rares, troubles de la vue, éclampsie même. Cette néphrite est le résultat de l'élimination des microbes ou du poison soluble qu'ils sécrétent. Des micro-organismes nombreux ont été vus par Cornil sur les coupes de reins des varioleux. La néphrite secondaire à la variole peut aboutir à un véritable mal de Bright.

Les *accidents nerveux* observés dans la variole sont très nombreux. Ils ont été étudiés par plusieurs auteurs, Saint-Philippe (Gaz. med. de Bordeaux, 1879), Manissolle (Th. de Paris, 1880), Quinquaud (Encéphale, 1884).

Parmi ces troubles nerveux, les uns surviennent dans la période d'invasion et sont imputables probablement à des congestions des centres nerveux ; d'autres accompagnent la fièvre de suppuration et sont la conséquence soit de l'intensité des souffrances des malades, soit d'intoxication pyohémique ; enfin, il y a des lésions plus ou moins profondes du cerveau, de la moelle et des nerfs qui survivent à la maladie même, et qui sont, dans la variole comme dans la fièvre typhoïde et les autres longues toxi-infections, les séquelles trop fréquentes du passage des microbes dans l'organisme.

M. Saint-Philippe a fait connaître des cas dans

lesquels des troubles d'origine bulbaire, revêtant la forme de la paralysie labio-glosso-laryngée, se sont montrés à la période d'invasion ; une paraplégie dans un cas leur a succédé; dans l'autre cas une incontinence d'urine, puis tous ces symptômes bulbaires et médullaires se sont dissipés.

M. Manissolle a décrit surtout des troubles cérébraux : le délire, une altération du caractère, un affaiblissement de la mémoire, une sorte d'hébétude générale. Il a observé assez fréquemment des troubles de la parole et de l'aphonie. Il a signalé certains cas d'ataxie des membres supérieurs et inférieurs avec conservation de la sensibilité, et du tremblement de la tête.

M. Quinquaud, complétant cette étude, énumère les hallucinations de la vue et de l'ouïe, les accidents de dépression cérébrale, en général d'assez courte durée, qui s'observent pendant l'évolution de la variole. Quant aux accidents nerveux consécutifs, ce sont des anesthésies et des hyperesthésies, associées ou non à des paralysies motrices. Il s'agit alors de névrites périphériques. M. Quinquaud a insisté sur les phénomènes ataxiformes qui, après avoir été précédés de troubles cérébraux, consistent en troubles de la parole, tremblement de la tête, incoordination des mouvements dans les membres supérieurs et inférieurs avec conservation habituelle de la sensibilité et de la motricité. Dans ces cas il s'agit probablement de lésions centrales ; mais, quoique leur durée soit très longue, il ne faut pas porter un pronostic trop sévère, car la tendance à la guérison est la règle.

Toutefois, il y a dans certaines varioles hémorrhagiques des lésions destructives et par conséquent irrémédiables de certains points du système nerveux, telle la cécité par hémorrhagie rétinienne. Enfin, il est très probable que la variole, comme les autres toxi-infections, entre pour une part dans la pathogénie de ces scléroses systématisées ou combinées de la moelle qui sont de mieux en mieux connues, mais dont la cause est souvent obscure. A côté des infections chroniques, comme la syphilis, à côté des intoxications comme le saturnisme, l'alcoolisme, l'uricémie, le diabète, il y a lieu de tenir grand compte des infections aiguës (fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole et variole) comme facteurs des scléroses dystrophiques des centres nerveux.

Parmi les *infections secondaires* qui peuvent apparaître dans le cours et dans la convalescence de la variole, il y a lieu de citer l'*érysipèle* (J. Cavaré, 1880) qui est généralement bénin, des éruptions d'*ecthyma* (Ducastel, 1888) et de *pemphigus* (Rondu, 1881).

III

En 1881, M. Du Castel a fait connaître son *traitement éthéré-opiacé*. Matin et soir injection sous-cutanée d'une seringue de Pravaz d'éther. L'extrait thébaïque était donné à haute dose : 0,10 à 0,15 cent. chez les femmes ; 0,15 à 0,20 chez les hommes, et on élevait la dose en cas de délire. On faisait prendre aussi par cuillerées une potion contenant 20 gouttes de perchlorure de fer. M. Du Castel avait observé que le délire, les accidents ataxo-adynamiques, cédaient à cette médication ; — que l'éruption même était modifiée, beaucoup de papulo-vésicules n'évoluant pas jusqu'à la suppuration, et par suite les accidents suppuratifs de la période de convalescence étant moins fréquents.

Plusieurs membres de l'Académie de médecine n'accueillirent qu'avec incrédulité le traitement de M. Du Castel ; cependant M. Traill, dans une thèse soutenue à Lille en 1882, apporta des faits encourageants en faveur de ce traitement ; pour lui, c'était à l'éther que les résultats heureux devaient être attribués.

Au contraire, M. Dreyfus-Brisac attribua la plus grande part d'efficacité à l'opium. Il avait constaté, lui aussi, que dans les formes cohérentes et confluentes, si ce traitement est appliqué de bonne heure, la pustulation avorte, la dessiccation commence du 4e au 5e jour, l'œdème de la face manque complètement et les cicatrices ultérieures sont moins profondes.

Mossé, en 1886, a publié de nouveaux succès par la médication éthérée-opiacée ; il donne l'éther en potion comme l'opium, et le trouve mieux supporté par la voie gastrique que par voie hypodermique.

Le principal danger dans beaucoup de varioles étant l'hyperthermie, l'emploi des *bains froids* est souvent du plus heureux effet. Füster est un de ceux qui l'ont préconisé. M. J. Pécholier (Montpellier médical, 1883) en a montré de nouveau les avantages. Le bain n'a pas seulement pour effet d'abaisser physiquement la température du malade ; dans la variole comme dans la fièvre typhoïde, dans les scarlatines hyperthermiques, dans le rhumatisme cérébral, le bain peut être, suivant sa durée et sa température, tour à tour antispasmodique, antiphlogistique, sédatif ou tonique. Dans les cas où l'éruption tarde à se faire et où le malade hyperpyrétique, en état de délire et d'angoisse, avec un pouls misérable, paraît devoir succomber, quelques bains administrés à propos font apparaître l'éruption et dissipent les plus fâcheux symptômes.

Schwimmer (de Buda-Pesth), vers 1881, a fait des tentatives de *thérapeutique antiseptique interne* avec l'acide phénique, le thymol, mais sans bon résultat. Les varioleux qu'il plaçait dans une atmosphère phéniquée, présentaient des signes d'intoxication phénique, mais n'en mouraient pas moins de leur variole.

Schwimmer a, au contraire, eu à se louer des applications de *topiques antiseptiques*. Il plaçait sur la face, dès le début de l'éruption, un masque de toile de lin garni d'ouvertures pour la bouche, les yeux, les narines ; ce masque était enduit de la préparation suivante : acide phénique 4 à 5 grammes, huile d'olive 40 gr., craie lavée 60 gr. Le masque était renouvelé toutes les deux heures. Des morceaux de toile enduits de la même pâte étaient placés sur les mains, les avant-bras, les jambes. Essayé sur plus de 600 varioleux ce topique donna, paraît-il, les meilleurs résultats ; la dessiccation était rapide, la suppuration très diminuée, les cicatrices presque nulles.

Mon ami le Dr Colleville (de Reims) applique la vaseline iodoformée à 1/20, et il a vu diminuer la douleur : grâce à l'action anesthésique de l'iodoforme; les pustules s'affaissent en deux jours sans former de croûtes, ni laisser de cicatrices ultérieures. Hier M. Bertrand (de Toulon) déposait un pli cacheté à l'Académie sur l'emploi de l'acide borique comme moyen de prévenir ou de rendre moins apparentes les cicatrices de la face dans la variole.

Les bains paraissent devoir être toujours préférables comme moyen d'abaisser la température

aux médicaments réputés antithermiques. Car ceux-ci sont presque tous d'une haute toxicité, et exercent une action fâcheuse sur l'hématose déjà si imparfaite dans cette maladie où le sang est profondément atteint dans la composition de ses hématies.

L'*acétanilide* a été employée par M. Haas (1887) à la dose de 0 gr. 50 à 2 grammes par 24 heures.

Faenrich a donné la *Kaïrine* à la dose de 0 gr. 25 à 1 gr.

Otwos (1887) a essayé le *xylol* à la dose de 2 à 3 gr. par jour dans du vin ou dans une potion prise par cuillerées toutes les deux heures et il a annoncé qu'il avait obtenu une diminution dans la mortalité des malades traités par le xylol (?).

En résumé, la thérapeutique de la variole n'a pas réalisé de grands progrès, à part la balnéothérapie, l'emploi de l'éther et de l'opium et les pratiques judicieuses d'une antisepsie méthodique des parties accessibles.

La thérapeutique ayant fait peu de progrès, tous les efforts doivent se tourner du côté de la *prophylaxie*.

Les mesures de prophylaxie contre la variole ont à bon droit préoccupé les hygiénistes de la Société de médecine publique. Celle-ci adoptait, en 1879, les conclusions d'un rapport de M. Vidal qui comportait : la déclaration obligatoire de tout cas de variole confirmée, l'isolement rigoureux des varioleux, obligatoire au moins dans les hôpitaux et les établissements publics, l'interdiction aux voitures publiques de transporter des varioleux et l'organisation d'un service de voitures spéciales par l'assistance publique, la désinfection obligatoire de l'appartement et des objets qui ont pu être contaminés, la vaccination obligatoire des enfants dans les 6 premiers mois de leur existence, les revaccinations obligatoires tous les dix ans dans tous les établissements scolaires, dans les armées de terre et de mer, dans les administrations publiques ou privées, partout enfin où l'obligation pourrait être imposée, et la constatation de l'inoculation vaccinale et de ses résultats, positifs ou négatifs, par un certificat légalisé du médecin vaccinateur.

On peut se rendre compte de l'utilité qu'aurait une loi sévère rendant la vaccination obligatoire en comparant la mortalité par variole à Berlin où en 1873 il y avait encore 101 décès par variole ; depuis 1875 que la loi sur la vaccination est en vigueur, les décès sont tombés les années suivantes à 50, 23, 18, 4 et 5. Encore dans la population civile y a-t-il toujours quelques réfractaires, ne fût-ce que par suite de la mobilité d'une partie de celle-ci, tandis que dans l'armée allemande le résultat a été parfait et on peut dire que la mortalité par variole y est tombée à peu près à 0.

La variole est une infection dont il est très malaisé de se préserver ; les *sources d'infection* sont très diverses ; le sang, les restes de pustules détachées de la peau, les sécrétions variées qui contiennent l'agent infectieux. Les éléments pathogènes dans cette maladie sont encore mal connus (1), très résistants, susceptibles de supporter une longue dessiccation et capables d'être transportés par les courants atmosphériques et par les objets auxquels ils se sont fixés. — Les *voies d'absorption* du virus variolique ne nous sont pas exactement connues ; cependant il est probable que la muqueuse des voies aériennes est la principale ; elle est démontrée en tout cas par les exemples de contagion à longue portée (faits de Créquy relatifs aux usines qui se trouvent sous le vent de l'hôpital des varioleux à Aubervilliers). Or la respiration n'est guère accessible au contrôle.

La variole est de ces maladies après lesquelles la *désinfection* est obligatoire, obligation légale dans beaucoup de pays étrangers, morale seulement chez nous par malheur. Les linges, la literie, les rideaux doivent être envoyés dans un établissement de désinfection où on puisse les soumettre à l'action de la vapeur humide sous pression à 120°. Les bois de lit, s'ils ne peuvent être, eux aussi placés dans l'étuve, seront du moins, comme les planchers, brossés avec une solution de sublimé. Les meubles rembourrés, les tapisseries doivent être humectés avec des éponges trempées dans la solution de sublimé et séchés de suite.

P. LE GENDRE.

(1) Les microcoques trouvés par Cohn, Weigert, Koch et d'autres dans les pustules et les organes internes des varioleux n'ont pu être cultivés. Il est possible que ceux qui ont été trouvés dans la peau, dans les viscères, soient seulement des microbes pyogènes vulgaires.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le couronnement d'une carrière médicale.

2 mars 1889.

Monsieur et très honoré Confrère,

Si j'ai cessé d'être abonné au *Concours médical*, ce n'est pas que je me désintéresse de la Société. Je continuerai à en faire partie de cœur, et j'utiliserai, comme je l'ai fait jusqu'ici, les fournisseurs de la Société.

Pour expliquer la cessation de mon abonnement, il faudrait vous répéter une histoire que vous avez entendue plus de cent fois.

J'ai soixante-dix ans. Y compris mes six années d'études, voilà un demi-siècle que je fais de la médecine.

J'ai dû interrompre mes occupations, par suite de fatigues, il y a près d'une année. En examinant la question, j'ai compris que le temps de la retraite était arrivé.

Où je m'écarte peut-être de l'ordinaire, c'est qu'après avoir exercé la médecine avec une grande activité, j'ai cessé complètement. Je me suis même fait exempter de la patente.

Me voilà obligé de vivre avec de très modestes revenus péniblement amassés. Je fais l'économie du journal. Vous me répondrez qu'on me servira le journal gratuitement.

Permettez-moi de vous dire que je n'accepte pas. A chacun ses idées. J'ai reçu autrefois des journaux gratuitement, mais je me croyais obligé de répondre à la politesse par quelques articles. Aujourd'hui, je n'écris plus.

Oserai-je vous dire aussi que la médecine m'intéresse peu ? Cela diffère tellement de tout ce que je m'étais figuré être le bien et le bon, que l'indifférence m'est venue, non la colère, croyez-le, car je ne dis pas que cela est plus mal, je dis que c'est autrement.

Pour ne signaler qu'un point : autrefois les

médecins étaient exploités par les clients ; aujourd'hui tous les médecins s'appliquent à retirer le plus grand profit de leur clientèle. Je ne vois pas de mal à cela ; je ne dis pas que j'ai bien fait en me laissant exploiter, pourquoi blâmerais-je ceux qui ne tombent pas dans mon erreur.

Voilà une bien longue lettre, mais vous l'avez voulu, en me continuant l'envoi du journal. Je me suis considéré comme tenu à une explication. Excusez-moi si je n'ai pu la faire plus courte, craignant de paraître impoli, et croyez à mes sentiments de haute estime pour vos efforts en faveur de la médecine. Dr N...,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin honoraire des hôpitaux de X...

Nous avons répondu à notre correspondant que nous nous rendions à son désir ; qu'il resterait membre du *Concours* et ne recevrait que les avis contenant les comptes rendus de notre Société, afin de le mettre bien à l'aise.

Nous ajoutions que son erreur était profonde, s'il estimait que jamais les médecins arriveront à mésuser de leur entente un peu plus sérieuse, pour exploiter leurs clients.

Qu'il se rassure; bien longtemps encore, le médecin rougira en recevant ses honoraires ! Nous ne souhaitons pas que les médecins *s'enrichissent* avec le produit de leurs labeurs ; nous ne voulons fermement qu'une chose : c'est qu'ils ne vivent pas toujours de privations et qu'ils occupent la place qui leur est due.

Notre confrère dit qu'à son âge il est forcé de se priver d'un journal qui lui était cher !

Est-il légitime qu'un homme de son mérite (nous le connaissons) soit réduit à cette situation ?

A. C.

Nous avons reçu les deux circulaires suivantes, qui peuvent intéresser quelques-uns des membres du Concours, livrés à des études spéciales. Nous tenons à leur disposition les questionnaires qui se réfèrent aux circulaires et les enverrons sur demande.

I

Observations météorologiques faites avant 1870.

Monsieur,

Au siècle dernier et au commencement de celui-ci, des observations météorologiques ont été faites en un grand nombre de points de la France, surtout sous l'inspiration de l'Académie de médecine. Parmi les séries les plus longues, on peut signaler, en dehors de celles qui ont été entreprises à Paris, les observations de MM. Chandon père et fils, poursuivies sans interruption à Montdidier (Somme), de 1784 à 1870 ; celles de Flaugergues, à Viviers (Ardèche), de 1778 à 1830 ; celles qui ont été faites à Marseille par Catelin le cadet à l'Observatoire des Accoules, depuis 1748 jusqu'à 1873, etc.

Ces observations offriraient un intérêt considérable pour l'étude du climat de notre pays. La plupart n'existent qu'à un seul exemplaire, manuscrit, et sont exposées à être perdues, comme ont été égarées déjà des séries très importantes ; d'autres, même déposées dans des bibliothèques, sont presque entièrement ignorées. Leur publication, intégrale ou en résumés, serait sans doute le seul moyen de les rendre utilisables, et permettrait de reconstituer l'histoire météorologique de la France au moins depuis un siècle.

Mais on ne saurait songer à cette publication sans connaître le nombre et l'étendue de ces observations. Je vous prierai donc de rechercher s'il existe dans votre département, soit dans les bibliothèques, soit même chez des particuliers des registres contenant des observations météorologiques, manuscrites ou imprimées, antérieures à 1870. Vous trouverez ci-joint des formules à remplir pour chaque série distincte d'observations, et je vous serai obligé de me les retourner avec vos réponses le plus tôt possible. Ces formules serviront à la rédaction d'un catalogue général des observations météorologiques faites en France, catalogue qu'il serait intéressant de publier dans le plus bref délai.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée,

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

ED. LOCKROY.

Pour copie conforme :

Le Directeur du Secrétariat et de la Comptabilité,

CHAUMEL.

II

Enquête sur l'habitat en France.

Paris, le 25 janvier 1889.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous adresser six exemplaires d'un questionnaire, établi par le Comité des travaux historiques et scientifiques (section de géographie), pour l'étude de l'habitat en France.

Je désire donner à cette enquête, dont vous reconnaîtrez aisément l'importance, la plus vaste publicité, et je fais appel à toutes les personnes qui voudraient bien s'intéresser aux questions posées et y répondre. Les renseignements recueillis me seront adressés et donneront lieu ultérieurement à des travaux d'ensemble.

Permettez-moi, Monsieur le Président, de compter sur votre concours en cette circonstance, et de vous prier de me faire part, soit de vos propres observations, soit de celles qu'il vous serait possible d'obtenir des membres de votre Société.

Recevez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Signé : LOCKROY.

Responsabilité de l'officier de santé.
Opération ayant entraîné la mort.

(Tribunal correctionnel de Saint-Quentin, audience du 6 février 1889).

« Attendu que le prévenu a fait, le 6 janvier, une opération intempestive, hâtive et brutale, à l'aide d'instruments qu'il ne devait employer qu'en cas de force majeure, que tel n'était pas le cas ;

« Attendu qu'il a refusé l'aide de confrères et qu'il a ainsi engagé sa responsabilité ;

« Attendu qu'il a commis une faute lourde en usant du concours de gens incapables ;

« Attendu, enfin, qu'il y a lieu de tenir compte du grand âge et de l'affaiblissement moral du prévenu ;

« Le Tribunal condamne G... à trois mois d'emprisonnement, 50 francs d'amende et aux dépens. »

Affranchissement à cinq centimes des notes d'honoraires.

Pour bénéficier de ce tarif, les notes doivent se conformer, *sans aucune variante* ni addition d'aucune sorte, au modèle ci-dessous, que nous tenons de l'Administration des postes. Il pourra circuler par la poste, moyennant un affranchissement de 5 centimes par 50 grammes, sans contravention à la loi du 15 juin 1856.

CABINET
DU Dr ________ *Doit M.* ________

Visible tous les jours, demeurant à ________
de à h.
mais spécialement le.. ________

(1)

2 juillet. —	Une visite......	5 fr.
3 »	Une visite......	5 »
4 »	Une consultat..	2 »
5 »	Un voyage......	10 »
	Total........	22 »

Taux des Honoraires.

La 5e chambre du Tribunal civil de la Seine vient de rendre un jugement aux termes duquel :

Un médecin, comme toute autre personne, ayant droit à une rémunération, est lié en principe par le taux qu'il a lui-même déterminé. S'il a fixé le prix de ses visites à 10 francs, il ne peut réclamer plus tard un chiffre supérieur, sous prétexte qu'il aurait appris ultérieurement que la fortune du malade permettait une demande d'honoraires plus élevée.

Les piqûres de morphine pratiquées par les pharmaciens,

Par E. Ferran.

On nous adresse la lettre suivante :

« Monsieur et honoré confrère,

« Permettez-moi de venir vous demander un renseignement et même un conseil : plusieurs d'entre nous pourront sans doute en profiter. Voici deux fois déjà que l'on vient me trouver et me demander de faire une injection de morphine. Le premier client est un homme de lettres assez connu, qui doit bien savoir que ce n'est pas au pharmacien qu'il aurait dû s'adresser : il voulait même que j'allasse chez lui.

L'autre est une femme du peuple, peu fortunée, qui est venue, dans le même but me réveiller à 5 heures du matin.

Dans les deux cas, j'ai refusé et fait deux mécontents ; mes clients sont partis, persuadés que je leur refusais, de parti pris, une chose tout à fait sans conséquence.

Je crois que vous pourriez parler de ces faits dans un des prochains numéros du journal, je serais personnellement satisfait de connaître votre opinion à ce sujet...... »

Outre les deux cas signalés dans la lettre de notre correspondant, nous avons appris, d'un pharmacien qui exerce dans un petit port de la Manche, fréquenté par les baigneurs, qu'il avait été l'objet de sollicitations analogues de la part de femmes du monde et même de domestiques. Ces morphinomanes s'étonnaient beaucoup de rencontrer des difficultés auxquelles ne les avait pas habitués leur pharmacien de Paris.

Ainsi, il existe des pharmacies où l'on fait aux premiers venus, sur leur demande, des piqûres de morphine, et les clients de ces arrière-boutiques dangereuses s'étonnent de ne pas trouver ailleurs, chez les pharmaciens qui se respectent, la même condescendance pour leur impérieuse passion.

Cela est grave, et au point de vue moral, sur lequel il est inutile d'insister, et au point de vue de la sécurité personnelle de ceux qui se livrent à ces pratiques clandestines, presque criminelles, et qui n'ont pas l'air de se douter qu'ils s'exposent à une sévère et juste répression. Il se produira quelque jour un accident dont l'auteur présumé, à tort ou à raison, payera lourdement les frais. Dans l'espèce, il ne s'agira plus seulement d'une imprudence commise, excusable dans quelque mesure, résultant de la réitération excessive de la même ordonnance ; il s'y joindra l'exercice illégal de la médecine et l'emploi de substances vénéneuses pouvant compromettre la vie du sujet ou même ayant causé sa mort.

Nous ne croyons pas trop nous avancer en émettant l'opinion que, dans une telle affaire, le Tribunal ne tiendrait pas le prévenu quitte à moins de gros dommages-intérêts et de plusieurs mois ou même de plusieurs années de prison.

Nous engageons ceux qui se laissent attendrir par les supplications des clients, à réfléchir à la gravité de l'acte qu'ils commettent, d'une part, en livrant une substance vénéneuse sans ordonnance de médecin, d'autre part, en pratiquant une opération chirurgicale destinée à l'introduire dans la circulation, sans souci des suites qui peuvent en résulter ; nous les engageons à ne pas perdre de vue l'attitude rigoureuse des Tribunaux pour toutes les infractions aux lois qui sont commises par les pharmaciens.

(*Union pharmaceutique.*)

(1) L'indication : *Visible tous les jours, etc.*, doit être entièrement imprimée ou autographiée ; on ne saurait y inscrire à la main la désignation des jours, heures, sans contravention.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

Traitement de l'iritis,

Par le Dr A. Trousseau,

médecin de la clinique des Quinze-Vingts.

L'inflammation de l'iris est une des affections les plus fréquentes et les plus sérieuses du globe oculaire. Elle tire son danger principal de la possibilité des adhérences qui se forment entre la face postérieure de l'iris et la capsule cristallinienne et qui expliquent les obstructions pupillaires, les poussées successives d'irido-choroïdite qui suivent les iritis quelquefois les plus simples en apparence.

Avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, rappelons qu'on distingue plusieurs formes d'iritis.

1° *L'iritis simple*, caractérisée par le changement de couleur de l'iris, le gonflement de cette membrane, le trouble de l'humeur aqueuse et la dilatation irrégulière de la pupille. En même temps il existe de l'injection périkératique et des douleurs circum-orbitaires.

2° *L'iritis séreuse*, qui se distingue par le peu d'intensité de l'injection périkératique, par un trouble très marqué de l'humeur aqueuse et par des dépôts pointillés sur la membrane de Descemet ; la pression intra-oculaire augmente souvent.

3° *L'iritis parenchymateuse* qu'on reconnaîtra à une vive injection périkératique et à l'abondance des exsudats et des synéchies.

4° *L'iritis suppurative* qui n'est qu'une sous-variété de la précédente et s'accompagne d'hypopion.

5° *L'iritis chronique* souvent insidieuse.

Il serait fort utile pour le clinicien de pouvoir diagnostiquer la cause de l'inflammation irienne d'après la forme de l'iritis ; malheureusement cette précision ne peut être admise et dans une sérieuse observation, l'examen général du patient doit toujours être rigoureusement pratiqué.

Il y a pourtant quelques signes de probabilité. C'est ainsi que chez les syphilitiques la forme parenchymateuse est fréquente, que chez les rhumatisants et les blennorrhagiques on voit surtout la forme simple ou la forme séreuse, tandis que chez les goutteux il y a souvent une hypohémie ou épanchement de sang dans la chambre antérieure. Le traumatisme amène de préférence l'iritis suppurative, l'hérédo-syphilis, l'iritis torpide, insidieuse.

A. *Dans la forme simple, et quelle que soit la forme et la cause*, voici les principales règles thérapeutiques.

Avant tout, *on devra éviter les synéchies*, ce qui se fera à l'aide des mydriatiques, spécialement au moyen de l'atropine, *vrai médicament irien*.

Au début, on prescrira 4 à 6 instillations par jour du collyre :

Eau	10 gr.
Sulfate neutre d'atropine	0,05 à 0,10 centig.

2 à 3 gouttes chaque fois.

Il y a grand avantage à sidérer l'iris d'emblée et à avoir le plus tôt possible une mydriase maxima; je préfère friser l'intoxication atropinique les premiers jours, quitte à diminuer le nombre des instillations les jours suivants. En somme, *il faut dilater la pupille et la maintenir dilatée* à tout prix ; il n'y a pas d'autre règle de conduite.

A mesure que l'injection périkératique diminuera, on se départira de la rigueur première, mais je recommande bien de ne cesser les instillations de collyre que lorsque l'œil sera blanc depuis au moins 15 jours ou 3 semaines.

On ne les cessera jamais brusquement.

En même temps qu'on usera du collyre, on mettra 3 ou 4 fois par jour sur l'œil des compresses chaudes trempées dans la solution :

Eau	500 gr.
Acide borique	18 gr.

La nuit on remplacera les compresses par l'application sur l'œil d'un tampon de coton hydrophile ; c'est ce même tampon qui abritera l'organe malade au cas où le patient serait obligé de sortir ; le froid est un grand ennemi de l'iris.

Le collyre à l'atropine amène parfois des phénomènes toxiques, vertiges, sécheresse de la gorge, nausées.

On les évitera en mettant le doigt sur le canal lacrymal au moment des instillations, en engageant le malade à cracher au même instant au lieu d'avaler sa salive.

On les combattra par l'injection de morphine, par des gargarismes faits avec du café noir, en remplaçant le collyre à l'atropine par le suivant :

Eau	10 gr.
Sulfate neutre de Duboisine.	0,05 centigr.

Contre la douleur de l'iritis on prescrira une sangsue à la tempe et des frictions faites autour de l'orbite avec la pommade :

Onguent hydrargyrique	10 gr.
Extrait de belladone	5 gr.

et aussi des compresses trempées dans l'infusion de belladone et jusquiame.

Contre l'insomnie on donnera le bromure de potassium, les pilules d'extrait thébaïque et surtout le chloral qui semble ici réussir particulièrement.

B. *Dans la forme séreuse* j'ai dit que la tension intra-oculaire s'élevait facilement, il faudra donc surveiller de très près l'emploi de l'atropine (qui augmente cette tension) et au moindre signe d'excès de pression on remplacerait l'atropine par le collyre :

Eau	10 gr.
Chlorhydrate d'homatropine.	0,05 cent.

au besoin encore par le collyre à l'ésérine ou à la pilocarpine (0,05 cent. pour 10 gr.)

Dans cette forme les purgatifs salins, les boissons théiques chaudes ou sudorifiques, les diurétiques sont absolument indiqués.

C. *Dans la forme parenchymateuse* on insistera au contraire sur l'emploi de l'atropine dont les instillations seront aussi fréquentes que possible ; on prescrira les préparations hydrargyriques, même s'il n'y a pas syphilis.

D. *Dans la forme suppurative*, l'emploi du sulfate de quinine est à recommander à l'intérieur. Localement on abusera de la chaleur humide et on instillera 3 fois par jour 2 ou 3 gouttes chaque fois du collyre :

Eau	10 gr.
Sulfate neutre d'ésérine.	0,05 centig.

E. *Dans la forme chronique*, pour rompre les synéchies, on instillera alternativement l'atropine et l'ésérine et au besoin on pratiquera l'iridectomie s'il y a des poussées fréquentes, si l'œil tend à s'atrophier, et surtout dans une période de calme oculaire.

Il va sans dire que le traitement local de l'iritis devra toujours être énergiquement soutenu par un traitement général approprié à la cause : syphilis, goutte, rhumatisme, etc.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des médecins de la Vienne.

Séance du 5 novembre 1888.

Dr Auché, Président.

Le 5 novembre 1888, les membres du Syndicat médical de la Vienne se sont réunis en séance ordinaire, à Poitiers, dans un des salons de l'Hôtel de France, sous la présidence du Dr Auché.

Trente-deux membres environ sont présents. Le Président ouvre la séance par une allocution dans laquelle il adresse ses regrets et ses adieux émus à deux confrères unanimement estimés : MM. Gaudin, docteur-médecin à Chauvigny, et Pic, docteur-médecin à Poitiers, que le Syndicat a eu la douleur de perdre depuis la dernière réunion générale.

Après ces paroles très approuvées par l'assemblée, on passe à l'ordre du jour.

I.

Lecture par le Président du procès-verbal de la séance du 7 mars 1888, dans laquelle un médecin a été exclu du Syndicat, et du procès-verbal de la réunion du 21 septembre suivant, qui avait pour objet de prendre l'avis des membres de l'Association et du Syndicat de la Vienne, au sujet de l'assistance publique médicale et pharmaceutique dans les campagnes.

Ces deux procès-verbaux sont successivement adoptés sans demande de rectification.

II.

Election d'un trésorier et d'un secrétaire.

Sont nommés : Trésorier, M. le Dr Buffet-Delmas; Secrétaire, M. le Dr Pouliot.

Le Président invite ces deux confrères à prendre de suite place au bureau.

III.

Comptes du Trésorier.

A la suite de la mort très rapide du regretté Pion, notre ancien trésorier, le Président avait prié le confrère Delmas d'établir les comptes de la trésorerie du Syndicat. Celui-ci expose aujourd'hui le résultat de ses recherches, et, après quelques observations, son compte est approuvé sous les réserves qu'il a faites lui-même ; il est décidé qu'une circulaire sera adressée aux membres du Syndicat intéressés, pour les prier de vouloir bien établir leur situation vis-à-vis de la caisse, et solder, s'il y a lieu, leur arriéré.

IV.

Communications des syndics des différents cercles.

Le syndic de la deuxième circonscription de Poitiers présente la candidature de trois nouveaux confrères : MM. Junin père et fils, de Lusignan et Richard, de Sanxay.

V.

Il est procédé à ce vote, de même qu'à plusieurs autres, nécessités par des demandes antérieures adressées au Président.

En conséquence, sont nommés membres du Syndicat de la Vienne, à l'unanimité :

MM. Jablonski fils,	docteur-médecin	à Poitiers.
Castaing,	id.	à La Roche-Bosay.
David,	id.	à Pleumartin.
Bertrand des Minières	id.	à Benassais.
Junin père,	id.	à Lusignan.
Junin fils,	id.	à Lusignan.
Richard,	id.	à Sanxay.

VI.

Relations professionnelles entre médecins et pharmaciens.

L'auteur de cette proposition est absent, mais un confrère reprend la question, et, après l'échange de différentes observations, il est décidé par l'assemblée que le bureau du Syndicat des médecins se mettra en rapport avec celui des pharmaciens pour lui faire part de ses observations.

VII.

Désignation de la ville dans laquelle auront lieu le banquet et la réunion de l'année prochaine.

Tous les confrères des arrondissements offrent successivement l'hospitalité au Syndicat dans leurs centres respectifs ; mais, après un échange de vues entre le Président et divers membres, il est décidé par l'assemblée que la prochaine réunion plénière du syndicat aura lieu à Châtellerault, dont les médecins ont déjà obligeamment fourni les renseignements nécessaires pour que cette réunion puisse avoir lieu dans leur cité.

La date est immédiatement fixée au premier lundi d'octobre 1889.

VIII.

Communications diverses.

a. — Un confrère nous signale la présence à Glan d'un dangereux guérisseur et rebouteur, M. X..., qui doit être déjà connu par plusieurs d'entre nous, comme ayant exercé son industrie dans d'autres points du département.

Sur la demande de ce confrère, et après l'énumération de quelques-uns des actes dont cet individu s'est rendu coupable, l'assemblée décide qu'il y a lieu de charger son bureau de déposer très promptement entre les mains du Procureur de la République, une plainte contre le sieur X...

b. — Le docteur Lagrange informe le Syndicat qu'on vient de lui imposer récemment une amende de soixante francs, pour avoir donné à un indigent un certificat sur papier libre. — Tout en protestant vivement, sous certains rapports, contre ce procédé vexatoire, notre confrère dit qu'il s'est exécuté d'assez bonne grâce, mais il ne veut pas laisser passer l'occasion de nous prémunir contre le danger qu'il y a à enfreindre certaines lois malgré leur iniquité notoire. A ce propos, le docteur Lusseau rappelle à l'assemblée qu'un fait semblable a été soumis, il y a quelques années, à l'appréciation de l'Assemblée générale, qui en a profité pour faire énumérer dans son compte-rendu les cas dans lesquels il faut, ou non, un papier timbré. — Sur la proposition de notre confrère, on décide à l'unanimité qu'une copie de l'énumération faite par l'Association générale, sera annexée au présent procès-verbal.

c. — Le docteur Doucet, président honoraire du Syndicat, convie ses collègues, par lettre, à donner mandat à l'un d'eux pour aller les représenter à la réunion générale des Syndicats.

Le président objecte à cette proposition que, si l'adhésion du Syndicat de la Vienne à l'Union générale des Syndicats a été votée, la notification de cette adhésion n'a pas été encore adressée au bureau de cette Union ; que, par conséquent, il n'y a pas lieu pour cette année d'envoyer de délégué.

L'assemblée partage l'opinion du docteur Auché, décide que les démarches d'adhésion seront faites, et qu'un délégué sera envoyé à la réunion de l'année prochaine.

Après un échange d'opinions, il est reconnu par la grande majorité que le Président du Syndicat départemental est le délégué naturel de ses commettants, et que, s'il se trouve empêché au moment de la réunion de Paris, il confiera son mandat à l'un de ses confrères.

La question des frais de voyage soulève plusieurs avis, notamment celui du docteur Chédevergne, qui supprimerait volontiers la part des frais de banquet supportée par la caisse du Synpicat, pour donner une forte subvention au dé-

légué à Paris (1). — Cette proposition est discutée, et différentes allocations sont soumises au vote de l'assemblée. Mais aucune n'est adoptée, et il est décidé en dernier ressort qu'aucun subside ne sera donné pour aller à l'assemblée générale des syndicats.

d. — M. le Président montre à l'assemblée un ouvrage très intéressant, intitulé de « l'assistance publique dans les campagnes » dont il a été fait hommage au Syndicat de la Vienne, par un Poitevin distingué, M. le Dr Lécuyer, médecin à Baurieux, département de l'Aisne. Ce confrère ne se contente pas de faire de bonne médecine, il s'occupe avec passion de tout ce qui se rattache à notre art et travaille en même temps à améliorer le sort des médecins et celui des malades.

L'assemblée vote des remerciements à M. le Dr Lécuyer et sur la proposition du Président le nomme membre honoraire du Syndicat de la Vienne.

e. — Le Président rend compte en quelques mots des résultats heureux qui ont été obtenus pour l'assistance médicale des pauvres, dans notre département. Ce compte rendu donne lieu à différentes observations. Quelques médecins craignent notamment qu'à cause de l'adjonction de Poitiers et des sous-préfectures à l'alliance organisée par le Conseil général, le crédit affecté à ce service ne devienne insuffisant. La majorité de l'assemblée pense que cette opinion est au moins prématurée et qu'il faut se prêter à l'exécution du projet pendant un an avant de se prononcer sur sa valeur.

f. — Questions de déontologie.

1° Quels doivent être les rapports avec un confrère exclu du Syndicat ?

L'article 34 du règlement répond formellement à cette question.

Voici cet article :

Tous rapports médicaux avec les membres exclus, sont formellement interdits.

2° Un confrère non syndiqué est exclu, pour l'incorrection de sa conduite, des consultations de ses collègues du cercle dans le rayon duquel il exerce. Tous les autres syndiqués du département devront-ils rompre avec le dit confrère ?

L'assemblée syndicale décide que tous ses membres seront tenus aux mêmes obligations, mais seulement après qu'une assemblée générale aura confirmé le jugement prononcé en premier ressort par le cercle.

En conséquence tout cercle qui aura à se plaindre d'un confrère non syndiqué et aura cessé des relations avec lui, portera l'affaire devant l'assemblée générale du département et citera le confrère à y comparaître. Le jugement rendu après débats contradictoires deviendra obligatoire pour tous les syndiqués du département.

3° Un confrère honorable non syndiqué accepte une consultation avec un médecin exclu et y retourne malgré des avertissements du cercle d'abord et du département ensuite ? Dans ce cas le confrère prévenu, semblant approuver par son attitude les faits reprochés au praticien mis en interdit, subira la même peine.

g. — Dans plusieurs circonstances le corps médical de la Vienne s'est élevé contre l'impôt des voitures qui frappe si injustement notre profession.

Sur la proposition pressante de notre confrère Raguit, l'assemblée décide que le bureau de la Vienne s'adressera au Président de l'Union et au directeur du Concours Médical pour qu'ils remettent cette question à l'ordre du jour et contribuent dans la mesure de leurs forces à la conduire promptement à bonne fin.

Avant de se séparer, à l'unanimité des membres du Syndicat de la Vienne présents à l'importante réunion du 5 novembre 1888, on décide que le procès-verbal de cette réunion sera envoyé à tous les médecins du département.

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 5 heures du soir.

Le secrétaire,
G. Pouliot.

(1) M. Chédevergne ajoute que, dans le cas ou le délégué ne serait pas un médecin du chemin de fer, on devrait lui allouer une indemnité ; mais que ses collègues et lui, ayant libre parcours sur les lignes, feraient le voyage gratuitement, si l'un d'eux était désigné comme délégué.

REPORTAGE MÉDICAL

Condamnation. — Le tribunal correctionnel vient de condamner à quinze jours de prison et 2000 francs de dommages-intérêts, M. Maurice Faurie, officier de santé, dont le nom dans les vespasiennes est transformé en celui de professeur Moris. Il était prévenu d'avoir illégalement exercé la pharmacie en ouvrant, sous le nom d'un intermédiaire à côté de son cabinet, une officine où étaient débitées les drogues par lui prescrites. C'est la dixième condamnation prononcée contre lui.

Insuccès du traitement pastorien. — M. Gérin Roze a présenté à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'une jeune fille de seize ans morte de rage quoiqu'elle eût été soumise au traitement pastorien dix heures après la morsure. Un autre enfant mordu par le même chien est traité également et jusqu'ici n'a rien présenté.

Hôpitaux. — Le service de l'Assistance publique étudie un nouveau système pour arriver à désencombrer les hospices où les lits sont en nombre de plus en plus insuffisant. On offrirait à un certain nombre de vieillards un secours quotidien de un franc en échange de leur place à l'hospice. En même temps, on donnerait ce même secours journalier à tous ceux auxquels cette offre pourrait être proposée parmi les infirmes et les vieillards dont les demandes d'admission ont été accueillies et qu'on n'a pas pu faire recevoir faute de place.

Faculté catholique de médecine. — Il est question de créer assez prochainement une faculté libre de médecine à Lyon ; les souscriptions recueillies jusqu'à ce jour s'élèvent, paraît-il, à près de 800.000 francs.

Cours de la Faculté de médecine.— M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 25 mars 1889, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre) et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. M. Brouardel traitera des *Blessures*.

— M. le professeur Damaschino commencera le cours de pathologie interne le mardi 26 mars 1889

à 3 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. M. Damaschino traitera des *maladies tuberculeuses*.

— M. le professeur Regnault commencera le cours de pharmacologie, le samedi 23 mars 1889, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Ecole de santé de Lyon. — Les élèves qui viennent d'entrer à l'Ecole de santé militaire de Lyon ont été admis dans les locaux provisoires, aménagés dans l'hôpital Desgenettes en attendant la construction de la Nouvelle Ecole, qui sera installée sur l'avenue des Ponts.

Les élèves n'auront leur tenue militaire que vers la fin du mois d'avril: ils porteront la tunique, le bicorne et le pantalon rouge orné de la bande noire. Considérés comme élèves-officiers ils ne devront pas le salut aux sous-officiers et jouiront de certaines prérogatives accordées aux officiers.

Les médecins étrangers en Turquie. — Le gouvernement ottoman a annoncé qu'à l'avenir tous les médecins étrangers auraient à passer un examen à la Faculté de médecine de Constantinople. On prétend que tous les ambassadeurs sauf sir William White ont refusé de reconnaître ce règlement.

Epidémies. — Depuis le mois de décembre dernier, la fièvre jaune tend à prendre, à la Havane, un caractère épidémique.

L'épidémie de variole qui sévit au Sénégal depuis plusieurs années vient récemment de prendre une recrudescence inquiétante.

Une épidémie assez intense de méningite cérébrale spinale sévit depuis quelques semaines dans le comté de Webster (Kentucky) Etats-Unis.

Au Brésil, à Rio Janeiro surtout, la fièvre jaune a pris un caractère épidémique et sévit avec une intensité inusitée. Les Etats de l'Amérique du Sud ont frappé de quarantaine les provenances de Rio Janeiro.

Prix de la Société médico-psychologique. — Prix proposés pour 1890. — *Prix Aubanel.* — 2.400 francs. — Question : « Des difficultés du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les diverses formes de la folie. »

Prix Belhomme. — 1.000 francs. — Question : « De l'état mental et du délire chez les idiots et les imbéciles. »

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur **un** point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours).— Ce prix, de la valeur de 200 fr., sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1888 et 1889, dans les facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1889, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

PENSÉES & MAXIMES D'UN VIEUX PRATICIEN

Un client nous a plus de reconnaissance pour l'avoir délivré d'un bobo qui le gênait que pour l'avoir guéri d'une maladie dont il n'apprécie pas la gravité.

Les médecins s'estiment rapidement entre eux à leur réelle valeur ; il faut au public un temps beaucoup plus long pour porter un jugement analogue.

Dans toutes les situations sociales, en médecine comme ailleurs, il n'y a jamais qu'un nombre restreint de bonnes places à prendre ; ceux qui les conquièrent, même quand ils en sont dignes, sont quelquefois les premiers étonnés de leur succès.

Pas de réussite sérieuse et durable sans un réel talent perfectionné par le travail ; encore faut-il y être aidé par certaines circonstances de lieu, de temps et d'opportunité.

Entre deux concurrents, il suffit parfois au vainqueur d'être né six mois avant l'autre.

On décore de temps en temps un médecin pour avoir, pendant quelques années, soigné gratuitement les six gendarmes d'une brigade... Il serait peut-être juste de réserver une récompense à ceux qui ont soigné un nombre égal de névropathes, même en se faisant payer. *(A suivre.)*

NOUVELLES

Congrès international d'hydrologie et de climatologie.

Deuxième session. — *Paris* 1889.

La deuxième session du Congrès international d'hydrologie et de climatologie, se tiendra à Paris du 5 au 10 octobre 1889.

Les Sociétés et Associations scientifiques, les savants de la France et de l'étranger sont invités à prendre part à cette réunion internationale.

Le Congrès se compose de membres honoraires et de membres adhérents, nationaux et étrangers.

Les membres adhérents, nationaux et étrangers, sont soumis à une cotisation de *vingt francs*.

Les cartes de membres du Congrès ne dispenseront pas d'acquitter le droit d'entrée à l'Exposition universelle. Mais pour toutes les séances du Congrès qui se tiendront dans l'enceinte de l'Exposition, un ticket d'entrée sera remis gracieusement à chaque membre par les soins du Comité d'organisation.

Un voyage d'excursions finales dans les stations de la région des Vosges sera organisé suivant un programme qui sera communiqué ultérieurement à chaque membre adhérent. Le Comité fera les démarches nécessaires pour que les membres du Congrès bénéficient des avantages ou réductions sur les prix de voyage que les compagnies de chemins de fer français et étrangers accordent habituellement en pareille circonstance.

Les travaux du Congrès seront recueillis et publiés par les soins d'une Commission spéciale désignée par le Comité d'organisation.

Le Comité espère que tous ceux qui s'intéressent aux études d'hydrologie et de climatologie voudront bien participer à ces grandes assises des deux branches des sciences médicales, et il les prie de faire connaître le plus tôt possible leur adhésion.

Le Secrétaire général,
Docteur F. de Ranse.

Le Président,
E. Renou.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LE COMITÉ D'ORGANISATION.

I. HYDROLOGIE.

A. HYDROLOGIE SCIENTIFIQUE.

1° Des précautions à prendre pour la détermination précise de la température des sources thermales ;

2° Des rapports entre les eaux minérales et les terrains géologiques ;

3° Des micro-organismes contenus dans les eaux minérales et de leur influence sur la composition et les propriétés de ces eaux ;

4° De l'influence des doctrines microbiennes sur la thérapeutique thermale ;

5° De l'origine des gaz contenus dans les eaux minérales et de la part qui leur revient dans les propriétés de ces eaux ;

6° Des vapeurs qui se dégagent des eaux minérales et de leurs transformations ;

7° Programme d'un enseignement de l'hydrologie.

B. HYDROLOGIE MÉDICALE.

1° Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies du cœur et des vaisseaux :

2° Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies chroniques du rein ;

3° Du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves ;

4° Du traitement hydrominéral dans la tuberculose osseuse et articulaire ;

5° Du traitement hydrominéral et des bains de mer chez les enfants ;

6° Des étuves sèches et humides (technique et applications) ;

7° Des douches locales en balnéothérapie.

II. CLIMATOLOGIE

1° Conditions qui doivent présider à l'installation d'un observatoire météorologique dans ses applications à la médecine ;

2° Organisation de l'annonce du temps dans les stations sanitaires. — Règles de la prévision du temps ;

3° Climatologie des différentes stations sanitaires;

4° Comparaison et classement des stations sanitaires au point de vue de leurs conditions climatologiques ;

5° De l'action des climats d'altitude dans les affections de poitrine ;

6° De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses ;

7° Programme d'un enseignement de la climatologie.

Les communications ou demandes de renseignements doivent être adressées au *Secrétaire général*, M. le docteur F. DE RANSE, à Paris, avenue Montaigne, 53, du 1er octobre au 1er juin ; à Néris (Allier), du 1er juin au 1er octobre.

Les adhésions, accompagnées d'un mandat sur la poste de vingt francs, doivent être adressées au *Trésorier du Congrès*, M. O. DOIN, libraire-éditeur à Paris, place de l'Odéon, 8.

UN COMBLE. — Nous trouvons dans le compte-rendu de 1888 de la Société de pharmacie du Centre, à la page 13, l'entrefilet suivant :

« Les religieuses de la Tourette ont écrit à la Socié-« té pour se plaindre de ce qu'un épicier du village leur « portait préjudice en vendant du quinquina. La So-« ciété est mise en douce hilarité par la plainte singu-« lière des religieuses de la Tourette. »

Pas si singulière que ça, la plainte des religieuses de la Tourette ; ces dames, en général, prennent leur rôle tellement au sérieux et se sentent si bien soutenues, qu'elles ne se contentent pas seulement de vendre des médicaments ; mais elles exercent dans les campagnes la médecine, voire même la chirurgie, et tout cela absolument sans aucun contrôle ; aussi que de décès dont on ignore les causes, les défunts n'étant l'objet d'aucune visite médicale ! A MM. les médecins et pharmaciens de surveiller ces agissements illicites, qui intéressent d'abord la santé publique et leurs intérêts particuliers ensuite.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — Monsieur Th. Roussel succède cette année comme Président de la Société à M. le Professeur Grancher. Les sujets soumis, une fois par mois, aux discussions sont d'une haute portée et ils présentent le plus vif intérêt.

La Société se réunit en séance publique le quatrième mercredi de chaque mois, au Palais des Sociétés Savantes, rue Serpente, à 8 h. 1/2 du soir.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour les présenter comme membres.

Pour être Membre titulaire de la Société de Médecine Publique et d'Hygiène Professionnelle, il faut être présenté par deux membres et être agréé par le vote de la Société.

Le droit d'entrée est fixé à 15 francs.

La Cotisation annuelle est de 30 francs.

Cette cotisation peut être rachetée par le versement d'une somme de 300 francs, soit en une seule fois, soit en trois annuités de 100 francs.

Les Membres titulaires reçoivent, tous les mois, la *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, et chaque année, en un volume, le *Bulletin de la Société de Médecine publique.*

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL.

Dr MODAVE DE LA PORTE, à Rosendaël-les-Bains (Nord), présenté par M. le docteur Mord, de Bazoches-les-Gallerandes (Loiret).

Dr MEYRIGNAC, à Seilhac (Corrèze), présenté par M. le Directeur.

Dr DE PARREL, à Dieppe (Seine-Inférieure), présenté par M. le Dr Coursières, à Dieppe.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès du Dr MARTIN, de Quimperlé (Finistère), membre du Concours médical.

BIBLIOGRAPHIE

Fragments d'ophtalmologie pratique, par le docteur S. BAUDRY, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, etc. Un fascicule de 115 pages, 2e édition. Paris, BERTHIER, éditeur, 104, boulevard Saint-Germain ; Lille, LE BIGOT Frères, éditeurs, 11 et 13, rue de la Gare, 1889.

La deuxième édition des *Fragments d'ophtalmologie pratique* comprend huit chapitres, parmi lesquels plusieurs sont entièrement nouveaux. Voici, dans l'ordre, les titres de ces chapitres. — *Blépharite. — Granulome palpébral. — Conjonctivite purulente des nouveau-nés. — Kérato-conjonctivite phlycténulaire. — Mode d'exploration des paupières et de la conjonctive. — Corps étrangers de la conjonctive et de la cornée. — Notes supplémentaires.*

Comme on le voit par ce simple énoncé, l'auteur étudie, dans ce travail, les diverses affections oculaires que l'on rencontre communément et qu'il importe par cela même de savoir bien soigner. Il envisage surtout le côté thérapeutique, insistant, avec de nombreux détails, sur le mode de traitement consacré par la pratique moderne, comme ayant donné les meilleurs résultats. Aussi, sans être versé dans les études spéciales de l'oculistique, le praticien lira ces fragments avec le plus grand fruit : c'est pour lui qu'ils ont été particulièrement écrits.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 12 | 23 Mars 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La pathogénie de la fièvre ; rôle physiologique et pathogène des ferments solubles ou diastases.

M. le Dr *Roussy* avait communiqué il y a quelques semaines à l'Académie la découverte d'une substance chimique, la pyrétogénine, qu'il a extraite des cultures d'un microorganisme et qui possède la propriété de déterminer à dose infime les accès de fièvre les plus intenses et les plus typiques. Dans la dernière séance il a lu un mémoire considérable exposant l'ensemble des travaux qu'il a poursuivis depuis plusieurs années sur la pathogénie de la fièvre et sur le rôle des diastases. Le peu d'espace dont nous disposons ne nous permet pas d'analyser en détail cette communication, malgré le retentissement qu'elle ne peut manquer d'avoir. Retraçons seulement les lignes principales.

M. Roussy a été frappé de voir chez des hommes et chez des enfants, soit après un surmenage aigu, soit très peu de temps après l'ingestion de bière altérée, de viande faisandée, d'eau stagnante tenant en macération des feuilles mortes diverses, du foin, du chanvre, etc., une fièvre intense qui après une apparition brusque disparaissait plus ou moins rapidement. Il s'est dit que cette fièvre devait être causée par la présence dans l'organisme de substances solubles plutôt que par celle de micro-organismes. Pour vérifier cette hypothèse il a introduit dans l'organisme des chiens et des lapins, par injections sous-cutanées et intra-veineuses, de la bière altérée, de la macération de foin, de viande faisandée et il a constaté que ces injections produisaient toujours une fièvre immédiate et intense. Quand ces mêmes substances putrides sont introduites par le tube digestif des mêmes animaux, la fièvre est nulle ou insignifiante, probablement parce que les substances chimiques solubles sont modifiées ou détruites dans l'intestin ou dans les organes qu'elles traversent avant d'arriver au milieu intérieur. Des matières animales détruites par la fermentation microbienne M. Roussy a extrait à l'aide de l'éther, du chloroforme et de l'alcool des substances les unes frigorigènes et les autres algogènes ; c'est-à-dire qu'injectées aux animaux les premières produisent l'hypothermie, les secondes la fièvre. C'est de la bière altérée qu'il a extrait la substance la plus énergique comme pyrétogène ; aussi a-t-il pensé que c'était aux cellules de levure que revenait cette propriété pyrétogène ; l'expérimentation a confirmé cette hypothèse. Des recherches de M. Roussy il ressort que les propriétés pyrétogènes de l'eau de lavage des cellules de levure sont bien dues aux substances chimiques solubles, directement issues de l'intérieur de ces micro-organismes, dont elles constituent les produits de sécrétion ou d'excrétion. Des cellules de levure qu'on a réduites à l'autophagie, en les faisant vivre dans une petite quantité d'eau distillée stérilisée, on extrait diverses substances calorigènes ou thermogènes dont la plus active, la *pyrétogénine*, est une base à caractères chimiques définis, exclusivement organique, spéciale et azotée, qui possède à un haut degré le pouvoir de dédoubler le sucre candi en glycose et lévulose ; elle se comporte donc absolument comme une diastase.

Cette découverte a conduit M. Roussy à édifier une théorie générale sur la nature et les rôles physiologique et pathogène des diastases ou ferments solubles.

La pyrétogénine est donc un de ces ferments solubles que l'on retrouve toujours et partout où vit une cellule, qui ne semblent dédoubler la molécule organique que par leur seule présence, sans se détruire, et dont l'action est restée mystérieuse jusqu'ici.

Les diastases semblent bien dédoubler la matière organique suivant des processus chimiques plus ou moins analogues à ceux qui ont lieu dans les dédoublements produits par l'action de la soude,

de la potasse ou de la baryte sur les corps gras ou sur l'albumine. Cependant on ignore absolument en vertu de quelle propriété chimique agissent ces singuliers ferments.

Or, en présence des propriétés nettement basiques de la pyrétogénine, n'est-il pas permis de penser que les autres diastases jouissent de propriétés semblables et qu'elles dédoublent la matière précisément grâce à cette basicité ? Et qui sait si les nombreuses substances basiques que les chimistes extraient des organismes végétaux sous le nom d'alcaloïdes, substances dont on ne connaît ni l'origine ni le but mystérieux, qui sait, si ces substances ne sont pas tout simplement autant de diastases élaborées par les cellules végétales pour les besoins de leur nutrition ? S'il en était vraiment ainsi, l'agent chimique général de dédoublement serait donc une base.

« La pyrétogénine diffère de l'invertine, que j'ai également isolée et expérimentée, dit M. Roussy, par ses propriétés physiologiques et par sa composition. En effet, l'invertine est très peu pyrétogène et, de plus, elle laisse un résidu salin par la calcination, tandis que la pyrétogénine pure ne laisse aucune trace.

La pyrétogénine semble devoir ses propriétés physiologiques précisément à la simplicité de sa molécule.

L'invertine et la pyrétogénine sont donc deux diastases différentes sécrétées par le même microorganisme. Il n'y a rien d'étonnant à ce que la cellule de levure élabore des diastases d'énergie différente suivant les conditions du milieu où elle vit. Ces faits sont parfaitement d'accord avec tous ceux du même genre que possède déjà la science.

Quoi qu'il en soit, la pyrétogénine est une diastase d'une grande énergie. Il suffit d'en introduire quelques dixièmes de milligrammes dans l'organisme d'un chien pour le faire entrer en fermentation, c'est-à-dire pour lui donner une fièvre intense. Cette diastase semble agir dans cet organisme, comme l'invertine, dont elle est sœur, agit dans un tonneau de moût de raisin.

C'est là un fait nouveau et positif, jusqu'ici inconnu dans la science et qui me semble bien gros de conséquences pour la pathologie générale. Sa portée n'échappera certainement à personne.

Ce fait me paraît susceptible d'une grande généralisation. Toutes les cellules, en effet, tous les microorganismes, en un mot toutes les unités biologiques élaborent des diastases ou ferments solubles dont elles se servent pour attaquer et transformer la matière, soit en dehors d'elles, soit au sein de leur propre substance. Ces ferments solubles ont souvent une énergie chimique surprenante qui liquéfie les corps les plus résistants, en apparence inattaquables, ainsi que cela s'observe pour certains noyaux de fruits.

Soit pour se nourrir et se multiplier, soit pour attaquer ou se défendre en présence d'un ennemi parasite, soit pour le détruire comme dans le phagocytisme, la cellule se sert de sa diastase. C'est là sa principale arme de vie et de combat. La diastase paraît être pour la cellule ce que la griffe et la dent sont au lion, ce que le venin est au reptile. Enfin, la diastase, on pourrait dire les diastases, est évidemment à la cellule ce que les sucs digestifs secrétés par les organes du tube digestif et qui n'agissent que par les diastases qu'ils contiennent, sont aux organismes des anima[ux] les plus compliqués.

L'étude des diastases ou ferments solubles [est] donc d'une importance capitale pour la médec[i]ne.

Aujourd'hui il est insuffisant d'étudier, *en bloc* l'action pathogène ou vaccinante des nombre[uses] substances chimiques solubles qui résultent de [la] vie des microbes ou de la cellule en général. [Il] faut pousser l'analyse beaucoup plus profondém[ent] et étudier, *une à une*, toutes les substances chi[mi]ques solubles ou insolubles.

Parmi ces substances chimiques, les diastas[es] c'est-à-dire les ferments solubles, sont de bea[u]coup les plus importantes. Avant bien long[]temps la science possédera, à côté des chapitr[es] si attrayants de la *cytologie* et de la *microbiolo[]gie*, un nouveau chapitre qui portera le nom [de] *diastasologie*.

Accidents nerveux consécutifs aux collision[s] de chemin de fer.

Les accidents de chemin de fer ont souve[nt] pour résultat de produire, même en l'absence [de] toute blessure, et par la seule influence du ch[oc] et de l'émotion, des troubles nerveux plus ou moi[ns] durables, très importants à connaître au point [de] vue du diagnostic, du pronostic et par suite [des] conséquences médico-légales relatives à la [res]ponsabilité pécuniaire des compagnies. M. Cha[r]cot a montré dans ses cliniques plusieurs ex[em]ples des états névropathiques divers que les [col]lisions de chemins de fer peuvent faire n[aître] chez des individus prédisposés. Ces états revê[tent] le plus souvent la forme clinique de l'hystérie [ou] de la neurasthénie. Ils peuvent durer longtem[ps] des mois, une année même, et dans des cas de [ce] genre on a souvent cru à la simulation.

Il peut y avoir quelquefois de la paralysi[e] d'autres fois des attaques convulsives. On voit [mê]me, à la suite de ces émotions doublées de ch[oc] éclater un accès de goutte ou une attaque de rh[u]matisme, le diabète, la paralysie agitante, la [ma]ladie de Basedow, etc.

L'opinion de M. Vibert, de M. Knapp (de Bost[on]) qui voient dans les accidents nerveux consécu[tifs] aux collisions de chemins de fer une mal[adie] particulière, névrose traumatique ou névrite [péri]phérique, n'est pas acceptée par M. Charcot et [ses] élèves qui n'y voient que l'hystérie ou la neura[s]thénie latente éveillée par des excitations fort[es] comme elles peuvent l'être, nous le savons, [par] l'action lente d'une intoxication, telle que l'alc[oo]lisme, le saturnisme. L'*hystérie traumatique* [cor]pendant à l'*hystérie toxique*, ainsi qu'on le v[oit] dans la thèse récente de M. Guinon sur les age[nts] provocateurs de l'hystérie.

Traitement de certaines tumeurs kystiqu[es] par les injections interstitielles de lique[ur] de Fowler.

M. *Barth* a traité un kyste synovial du po[i]gnet gros comme une noix, que n'avaient pu r[é]duire divers moyens usuels, par l'injection [de] deux gouttes de liqueur de Fowler avec les pr[é]cautions antiseptiques nécessaires : le lendema[in] survint un gonflement avec tension de la poche mais bientôt celle-ci se mit à diminuer de volum[e] et avait disparu en dix jours. Dans un kys[te] sébacé du cuir chevelu, gros comme une ceris[e] deux injections successives d'une goutte chaqu[e]

fois amenèrent l'atrophie complète. M. Barth a guéri de même deux autres loupes sébacées et quatre kystes synoviaux sans accidents inflammatoires sérieux.

Pour employer ce procédé, l'antisepsie doit être absolue : stérilisation de l'aiguille de Pravaz et de la peau. On ne doit opérer ainsi que les tumeurs dont la nature n'est pas douteuse ; car une seule goutte de liqueur de Fowler dans un ganglion tuberculeux suffit à y provoquer la formation d'un abcès. L'injection interstitielle de liqueur de Fowler convient non seulement aux kystes cutanés et sous-cutanés, mais à certaines petites tumeurs, fibrômes, myomes de la peau et même lipômes de petit volume, surtout chez les malades pusillanimes qui refuseraient une incision et acceptent une simple piqûre qu'on peut rendre moins douloureuse en ajoutant à la solution arsenicale 1 à 2 p. 100 de cocaïne.

Transmission de la pneumonie et de l'infection pneumonique de la mère au fœtus.

Les recherches de MM. Straus et Chamberland ont établi la possibilité du passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus. Ce qui est vrai de la bactéridie, du microbe du choléra des poules et du charbon bactérien l'est sans doute du plus grand nombre des autres microbes pathogènes. M. *Netter* vient d'établir qu'il en est ainsi du microbe de la pneumonie, du pneumocoque (1).

Des observations de Thorner, de Strachan et de Marchand nous montrent trois mères pneumoniques accouchant d'enfants de huit à neuf mois qui succombent du deuxième au quatrième jour à une pneumonie lobaire. Dans le cas de Thorner, il a été fait un examen bactériologique. Le poumon pneumonique renfermait des microbes semblables à celui de la pneumonie.

M. Netter vient d'observer un exemple encore plus démonstratif. Une femme enceinte pour la sixième fois entre à l'hôpital le troisième jour d'une pneumonie franche du lobe supérieur droit. La défervescence se produit dans la nuit du sixième au septième jour. Le neuvième jour elle accouche sans difficulté d'un enfant de sept mois et demi à huit mois, vivant et bien conformé. L'enfant vit un peu moins de cinq jours. L'autopsie montre une pneumonie du lobe supérieur droit, une pleurésie fibrineuse double, une péricardite pseudo-membraneuse, une méningite cérébro-spinale suppurée, une otite double. Le cœur droit renferme un caillot fibrineux agonique, semblable à celui que l'on trouve dans les pneumonies de l'adulte.

L'examen microscopique montre dans le suc pneumonique, dans les divers exsudats, dans le sang du cœur gauche, des pneumocoques lancéolés, encapsulés. L'enfant a bien succombé à une infection pneumonique à déterminations locales diverses. Bien que l'étude du placenta et des vaisseaux qui en partent, n'ait pas permis d'y retrouver le pneumocoque, il semble naturel d'invoquer ici l'infection de l'enfant par la voie placentaire. La richesse du sang en pneumocoques plaide en faveur de cette manière de voir.

Chez le pneumonique le sang charrie des pneumocoques. M. Netter a observé six cas de ce genre. Deux fois la constatation a été faite dans le sang des vaisseaux utérins. Dans un des cas il y avait eu manifestement un avortement. Dans l'autre il est probable que l'avortement a eu lieu aussi.

La pathologie expérimentale démontre, d'autre part, la transmissibilité de l'infection pneumonique. Dès le mois d'avril 1886, M. Netter en a publié un exemple chez le cobaye. Il en a observé un autre chez la souris. En février 1887, Foa et Uffreduzzi ont signalé des faits analogues chez le lapin. Dans ces cas la présence du pneumocoque a été démontrée non seulement par l'examen microscopique, mais encore par les cultures et les inoculations. Il semble que dans les espèces animales en expérience, le passage soit la règle. S'il faut en croire le petit nombre de faits publiés, ce serait le contraire dans l'espèce humaine.

M. Netter n'a pu tenir compte que des cas où le nouveau-né présentait une pneumonie. On peut trouver chez lui une infection pneumonique sans détermination pulmonaire. Pour que celle-ci survienne, il faut une cause locale occasionnelle. Il faut au moins que l'enfant ait respiré. Foa et Uffreduzzi nous rapportent l'histoire de deux fœtus expulsés à quatre et six mois par une mère pneumonique. Ils n'avaient pas de pneumonie, mais leur foie, leur rate, leur sang, renfermaient des pneumocoques.

Il ne faut pas oublier, d'autre part, que les effets du pneumocoque sont différents ordinairement dans l'espèce humaine et chez les rongeurs. Chez ces derniers, il y a toujours infection générale. Chez l'homme, l'infection reste ordinairement locale.

Quand les pneumocoques sont cantonnés dans le poumon il n'y a nullement lieu de redouter leur introduction dans l'embryon.

Ce qui est vrai de la pneumonie, l'est aussi d'autres inflammations locales qui peuvent être engendrées par le pneumocoque chez l'homme, même en l'absence de pneumonie. Si la mère est atteinte d'une de ces inflammations, et que celle-ci prenne le caractère infectant, il pourra y avoir infection pneumonique chez le nouveau-né, et, suivant les cas, cette infection s'accompagnera ou non de localisation pulmonaire. Hecker, en 1876, a rapporté l'histoire d'une femme morte de méningite suppurée dont l'enfant succombait, après trente-quatre heures, à une pneumonie lobaire avec pleurésie et péricardite. Il s'agissait sans doute dans ce cas de méningite à pneumocoques, avec infection pneumonique transmise.

REVUE DE CHIRURGIE

I. Examen chirurgical du rein. — II. Traitement de l'impuissance génitale. — III. Section de la verge par une ficelle. — IV. Résection du genou sans drainage. — V. Laparotomie pour tumeur de la vésicule biliaire. — VI. Traitement de la conjonctivite catarrhale. — VII. Traitement de quelques tumeurs de la face. — VIII. De la rétroflexion utérine.

EXAMEN CHIRURGICAL DU REIN (1).

Dans une intéressante leçon, le Pr *Guyon* étudie la valeur de l'examen direct de la région rénale, pour l'appréciation de l'état du rein : lorsque cet organe est normal, la palpation peut en être considérée comme négative ; cette méthode ne

1) Société de biologie.

(1) *Bulletin médical* 1889, nos 19 et 20.

donne de renseignements utiles que dans les états pathologiques.

On place le malade dans l'attitude du repos musculaire absolu, étendu à plat sur le dos, les jambes allongées ; on pratique l'exploration en mesure, c'est-à-dire en évitant toute pression pendant l'inspiration et en utilisant la détente produite par l'expiration pour pénétrer successivement dans les profondeurs du ventre. En agissant avec lenteur et douceur, on arrive graduellement à aller pour ainsi dire au contact de la paroi postérieure. On a soin de contourner les côtes, et, pour cela, aussi bien en avant qu'en arrière, on cherche à pousser les doigts au-dessous d'elles.

La recherche du rein d'après le procédé de M. Glénard (préhension du rein par pincement avec une seule main) ne peut permettre un examen complet, c'est-à-dire de se mettre en contact de sa paroi antérieure et de sa paroi postérieure. La chose n'est possible que chez les sujets maigres à parois souples ; pour peu que l'abdomen soit développé, on aboutit à un échec à peu près certain. Mieux vaut utiliser pour l'exploration l'action combinée des deux mains. La main postérieure a pour mission de soutenir la paroi lombaire et d'aller aussi directement que possible à la rencontre du rein ; glissée à plat sous le malade, en déprimant le matelas, elle s'applique sur la partie de la région lombaire correspondant au rein. La main antérieure doit être placée parallèlement à la ligne médiane, immédiatement au-dessous des cartilages costaux. Dans la majeure partie des cas, où il n'y a pas d'état douloureux, on peut exercer dans une mesure suffisante la palpation profonde. Mais lorsque la sensibilité est anormale, ni la position du sujet ni la palpation méthodique n'arriveront assez sûrement à leur but, et il deviendra nécessaire de neutraliser par d'autres moyens la contraction musculaire : c'est au chloroforme qu'il faudra alors faire appel.

Voyons jusqu'à quel point ces différentes manœuvres d'exploration du rein permettent d'apprécier : sa sensibilité, son augmentation de volume ou sa diminution, son absence, sa mobilité, ses déplacements et enfin sa consistance.

L'interrogation de la sensibilité du rein est d'autant plus importante qu'elle donne la certitude d'un état pathologique ; car, à l'état normal, le rein n'est nullement sensible à la pression. Il importe de faire un examen comparatif de la région opposée et de ne pas confondre les symptômes douloureux avec la sensibilité superficielle, si facilement développée chez certains sujets au contact de cette région très sensible au chatouillement.

Lorsque l'augmentation de volume est prononcée, la palpation suffit : le rein est facilement senti au-dessous des côtes. Mais, pour apprécier une légère augmentation, il est nécessaire d'employer une manœuvre particulière à l'aide de laquelle on perçoit le ballottement rénal : on peut ainsi apprécier les plus faibles augmentations de volume et le premier degré des déplacements.

L'exploration manuelle, de quelque façon qu'on l'emploie, ne peut renseigner ni sur la diminution de volume, ni sur l'absence du rein.

A part les cas exceptionnels, où le cliquetis des graviers a pu être senti dans un rein ectopié, l'exploration manuelle ne donne pas de résultats dans la recherche des calculs rénaux.

Quant à la mobilité et aux déplacements du rein, on peut en apprécier l'existence et les degrés à l'aide de trois signes : la mobilité lombo-abdominale qui donne la sensation du ballottement ; la mobilité abdomino-lombaire qui consiste dans le retour absolu ou relatif d'une tumeur tout à l'heure abominale, dans la région lombaire ou à son contact ; la mobilité due aux mouvements respiratoires. Les changements de position peuvent, dans certains cas, être la condition même de la constatation d'un déplacement du rein.

Enfin la consistance du rein est en réalité difficile à apprécier par le palper ; on peut se rendre compte des degrés extrêmes dans la dureté et dans la mollesse, mais non dire avec certitude que le rein est ou non fluctuant ; on trouve de la rénitence, mais il est rare que la sensation soit plus indicatrice.

Traitement de l'impuissance génitale. — Section de la verge par une ficelle. — Résection du genou sans drainage. — Laparatomie pour tumeur de la vésicule biliaire.

Plusieurs communications intéressantes ont été récemment faites à la Société de chirurgie :

a) M. Segond a lu un rapport sur une observation de M. *R. Jamin* ayant trait à une *impuissance congénitale liée à l'existence d'un varicocèle.* La cure de ce varicocèle a déterminé la guérison de l'impuissance. Voici le fait : un jeune homme de 26 ans se plaignait de ne pouvoir rester en érection pendant un certain temps. Après différents traitements ayant pour but de maintenir réduit le varicocèle à l'aide d'appareils, le Dr R. Jamin se décida à pratiquer la résection partielle du scrotum et l'excision veineuse. Au bout de cinq semaines, les érections n'étaient pas encore totales et une première tentative de coït resta infructueuse : un mois plus tard le succès fut complet et la guérison est restée définitive. Dans ce fait, il y avait un rapport manifeste entre l'érection et la réplétion des veines du cordon. MM. Berger et Terrier se demandent si cet homme n'était pas un hypocondriaque et si l'opération n'a pas agi en mettant fin à un état moral capable à lui seul de provoquer les troubles physiques qui existaient. Dans le même ordre d'idées, M. L. Championnière pense que chez les varicocéleux impuissants, il y a souvent lieu de tenir compte de la douleur comme cause de l'abolition génésique ; c'est ainsi que, lorsqu'on parvient à faire disparaître les douleurs chez les malades atteints de névralgie testiculaire, les fonctions ordinaires de l'organe ne tardent pas à se rétablir. Quant aux procédés opératoires pour pratiquer la cure radicale du varicocèle, deux surtout sont en présence : l'un (procédé de Henry, de New-York) consiste dans la résection bilatérale du scrotum ; il est préconisé par Segond, Reclus, Championnière ; l'autre consiste dans la résection des veines variqueuses ; il aurait donné d'excellents résultats entre les mains d'Horteloup et Terrier.

b) M. *Le Dentu* a observé cette année trois cas de *section incomplète de la verge par une ficelle* : la section circonférencielle intéressait la peau, l'urèthre, et une partie des corps caverneux. Ces lésions ont pu être réparées au moyen de différentes opérations.

c) Le Dr *Defontaine* (du Creuzot) publie deux observations de *résection du genou, dans lesquelles il ne s'est pas servi de drain.* Après l'opération il a pratiqué la suture osseuse, puis il a recouvert les surfaces d'iodoforme et d'un pansement

antiseptique : le membre a été mis dans l'élévation. Six semaines après, lorsqu'on leva le pansement, les incisions cutanées étaient réunies sauf au niveau du passage des fils métalliques, où il existait une couche de pus visqueux et des bourgeons charnus. — M. L. Championnière ne voit aucun avantage à supprimer le drain dans ces opérations ; c'est un gage de sécurité qui ne mérite aucun reproche, surtout dans la résection du genou.

d) Le Dr *Latouche* (d'Autun) adresse l'observation d'une femme de 42 ans qui, un an après avoir eu des coliques hépatiques, présentait une tumeur volumineuse de l'hypochondre droit ; cette tumeur était surtout développée en arrière et ne dépassait pas la ligne médiane. On fit la laparotomie, on trouva une vésicule biliaire adhérente au péritoine pariétal : elle fut ouverte ; il s'en écoula une grande quantité d'un liquide jaunâtre et 84 calculs. La cavité fut lavée, drainée, suturée à la paroi : six semaines après, la malade semblait guérie, lorsque son foie augmenta de volume : elle eut de l'ictère et mourut deux mois après l'opération. D'après M. Terrillon cette femme a probablement succombé à l'oblitération du canal cholédoque par un calcul.

M. Terrier fait observer que les collections liquides de la vésicule biliaire peuvent être dues à une oblitération du canal cystique : l'intervention guérit alors les malades comme s'il s'agissait d'un kyste véritable. Lorsque la vésicule reste en communication avec les conduits biliaires, l'opération se complique d'une fistule persistante.

M. Jalaguier rapporte un cas où il pratiqua la laparotomie pour une volumineuse tumeur de la vésicule biliaire : la malade a guéri, mais conserve une fistule biliaire.

Traitement de la conjonctivite catarrhale.

L'inflammation *catarrhale* de la conjonctive est très fréquente : aussi son traitement a-t-il une réelle importance clinique. Voici à ce sujet les principaux conseils donnés par notre distingué confrère, le Pr *S. Baudry* (1).

Une fois la conjonctivite catarrhale diagnostiquée, la première indication est de déterminer si l'inflammation de la muqueuse n'est pas due à une cause spéciale. Il va de soi que, dans une conjonctivite consécutive à un rétrécissement des voies lacrymales, à la présence d'un corps étranger ou de concrétions calcaires au niveau des glandes meïbomiennes, le traitement par les collyres ou autres n'aboutira qu'à un insuccès : il faut un traitement chirurgical approprié à chaque cas.

Dans les inflammations catarrhale et purulente de la muqueuse oculaire, le nitrate d'argent donne de bons résultats.

Lorsque la sécrétion catarrhale est peu prononcée et que la vascularisation commence à gagner la conjonctive bulbaire, on instille entre les paupières à l'aide d'un compte-gouttes, quatre fois par jour, une ou deux gouttes du collyre suivant :

Sulfate de zinc.....	0,25 centigr.
Eau distillée........	30 grammes.

D'autres astringents, comme le sulfate de cuivre et le tannin, etc., peuvent être employés aux mêmes doses. Dans l'intervalle des instillations du collyre astringent, on fait usage, largâ manu, de lotions antiseptiques à l'acide borique, ou à l'acide phénique et au sublimé, destinées à débarrasser l'œil des mucosités qui se réunissent au niveau du grand angle.

(1) Fragments d'ophtalmologie pratique. 1889. Paris. G. Berthier, éditeur. 104, boulevard Saint-Germain.

Les compresses froides en permanence sont seulement utiles dans les conjonctivites traumatiques. Les lotions chaudes faites avec des linges fins pendant une ou deux minutes sont généralement efficaces.

Lorsque, dès le début, la conjonctivite est très intense, la médication doit être plus énergique : deux sangsues sont appliquées à la tempe et l'on prescrit l'eau de Sedlitz ou la limonade au citrate de magnésie. Les instillations de sulfate de zinc seront remplacées par des cautérisations directes de la *conjonctive palpébrale* avec la solution suivante :

Eau distillée.........	60 grammes.
Nitrate d'argent......	1 —

On espace les cautérisations et on diminue l'énergie du caustique à mesure que l'amélioration se fait sentir. Le collyre au sulfate de zinc (0.05 centigrammes pour 20 gr. d'eau distillée) est employé pour terminer le traitement local.

Pour rendre les cautérisations moins douloureuses, on instille préalablement à la surface cornéo-conjonctivale quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 pour 100.

Quand il y a de la photophobie, les malades se trouvent bien de se tenir dans un demi-jour et de porter des verres forme coquilles et légèrement tintés. Si la photophobie est symptomatique d'une complication du côté de l'iris ou de la cornée, il est urgent d'instituer au plus vite un traitement approprié.

La blépharite, l'eczéma palpébral, les fissures au niveau des commissures externes compliquent fréquemment la conjonctivite catarrhale chez les enfants. On applique alors, à l'aide d'un pinceau, de la poudre de calomel à la base des cils ; on cautérise les excoriations ou fissures avec le crayon de nitrate d'argent ; on se sert, trois fois par jour, de compresses maintenues pendant vingt minutes sur les paupières et imbibées de la solution suivante :

Sulfate de zinc.......	1 gramme.
Eau distillée.........	100 —

Il faut imposer aux malades le repos absolu des yeux.

Dans la conjonctivite catarrhale à forme chronique, il faut attacher une grande importance à l'amélioration des conditions hygiéniques et à la modification de l'état général par les toniques et les reconstituants (huile de foie de morue, arséniate de fer, etc.). Le traitement local consiste : 1° dans l'instillation, deux fois par jour, d'un collyre au sulfate de zinc (par exemple eau distillée 10 gr., sulfate de zinc, 0,20 centigr.) ; 2° dans l'usage des lotions antiseptiques et des compresses astringentes ; 3° dans la cautérisation de la muqueuse pratiquée de loin en loin avec la solution de nitrate d'argent ou bien avec le cristal poli de sulfate de cuivre.

Du traitement chirurgical de quelques tumeurs de la face.

Le Dr *Moulonguet* (1) étudie, dans sa thèse, l'application d'une méthode générale, le morcellement des tumeurs, aux tumeurs de mauvaise nature qui envahissent la face : il reproduit très fidèlement l'enseignement de son maître, M. Péan, qui a vulgarisé cette méthode.

(1) Th. Moulonguet. Paris 1889.

A l'aide de ce procédé, il est possible de réséquer les parois des cavités de la face sans ouvrir ces cavités et sans toucher à la fibro-muqueuse qui tapisse les parois : la conservation de la fibro-muqueuse diminue la difformité et c'est un élément de succès important si l'on a plus tard recours à une autoplastie réparatrice.

Après avoir assuré à l'aide de pinces l'hémostase préventive, on attaque hardiment la tumeur qui sépare du plan osseux : on la segmente du centre à la périphérie pour suivre ses prolongements et pour éviter avec soin les organes périphériques, vaisseaux ou nerfs, qui affectent avec elle des rapports de contiguïté. Pour pratiquer le morcellement des parties molles, on se sert indifféremment de ciseaux, bistouri, pinces, emporte-pièces. C'est de ce dernier instrument seul qu'il faut user lorsqu'on attaque les parties osseuses malades.

DE LA RÉTROFLEXION UTÉRINE (1).

Le Dr *Tillaux*, à propos d'une malade de son service, insiste sur quelques points délicats du diagnostic et du traitement de la rétroflexion utérine : pour reconnaître l'existence de cette déviation de la matrice, on peut se servir du toucher rectal, du toucher vaginal, employé seul ou combiné au palper hypogastrique, enfin du cathétérisme utérin qui, pour le dire de suite, n'est pas sans danger et doit être réservé aux cas douteux. Quand, au toucher rectal, le doigt, longeant la paroi antérieure du rectum, constate la présence d'une tumeur ferme, plus ou moins arrondie, c'est le corps utérin. Le toucher vaginal donne des renseignements plus précis : les culs-de-sac antérieur et latéraux du péritoine sont libres; le postérieur, au contraire, est déformé.

On y trouve le corps globuleux de l'utérus séparé du col par une rainure plus ou moins profonde : il est essentiel que le doigt ait, au niveau de la rainure, la sensation d'une continuité directe entre deux masses : l'une, col utérin, formant la paroi antérieure: l'autre, corps de la matrice, occupant la paroi postérieure du cul-de-sac de Douglas.

Les fautes de diagnostic sont néanmoins assez fréquentes ; le doigt introduit dans l'anus peut prendre le col pour le corps de l'utérus ; la présence de matières stercorales accumulées dans l'ampoule rectale en impose parfois au premier abord pour une rétroflexion. Ce sont là des erreurs qu'un défaut d'attention peut seul expliquer ; d'autres difficultés plus sérieuses de diagnostic résultent de la présence d'une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas, telle qu'un ovaire prolabé, une salpingite, un reste d'hématocèle, un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus coïncidant ou non avec une rétroflexion.

Les effets de la rétroflexion utérine, considérés en dehors des accidents imputables aux lésions causales ou concomitantes, sont très variables. Chez certaines femmes, la rétroflexion ne provoque aucun trouble fonctionnel et n'empêche même pas la conception. Chez d'autres, c'est une cause de stérilité : il est des femmes qui, de plus, souffrent d'une façon continuelle et éprouvent des douleurs excessives s'irradiant vers la région rénale. Chez les jeunes filles, il n'est pas rare que la déviation provoque des troubles graves de la menstruation. Un fait très important, c'est que la douleur résulte bien moins souvent de la déviation elle-même que de la métrite qui l'engendre, l'accompagne ou l'aggrave.

Au point de vue du traitement, il faut analyser et apprécier exactement la part qui revient à la métrite et la part qui revient à la rétroflexion dans la pathogénie des accidents douloureux.

S'il existe avec une rétroflexion des phénomènes inflammatoires et congestifs du côté de la matrice, lorsqu'on réussit à guérir la métrite par des moyens appropriés, on voit parfois toutes les souffrances disparaître malgré la persistance de la déviation utérine.

Lorsque la rétroflexion existe seule sans métrite, il faut d'abord s'assurer du degré de mobilité et de réductibilité de l'utérus. Si la matrice est enclavée dans le petit bassin, solidement fixée par des adhérences péritonéales, toute intervention est formellement contre-indiquée : elle ne procure aucun soulagement et peut provoquer des accidents graves, des pelvi-péritonites aiguës, etc. Mais si l'utérus est libre, non augmenté de volume, s'il est redressable, si les mouvements imprimés au col se propagent au corps de l'organe, on doit essayer de corriger la position vicieuse à l'aide d'un des moyens qui ont été préconisés (courants continus, massage de l'utérus et redressement manuel pratiqués à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum, pendant que l'index de l'autre main, porté dans le vagin, fixe le col utérin). — M. Tillaux recommande le redressement mécanique par l'hystéromètre : la malade est endormie, on introduit doucement la sonde en ayant soin d'en tourner la convexité vers le pubis et de donner à l'instrument une direction oblique en arrière. En procédant avec lenteur, on éprouve un peu de difficulté pour franchir la courbe de flexion. On a la sensation d'un obstacle franchi ; puis le cathéter atteint aisément le fond de la matrice. On le retire légèrement, pour que le bec de l'instrument ne puisse contusionner la paroi et on fait basculer l'utérus en se servant du manche de l'hystéromètre comme d'un levier. On retire la sonde et la manœuvre est terminée.

Une seule séance suffit parfois pour amener un soulagement presque immédiat et même pour calmer à jamais les souffrances. Parfois on ne réussit qu'après deux ou trois tentatives. Si ce procédé donne un certain nombre de succès, dans bien des cas, il est impuissant à corriger la déviation ou plus exactement à maintenir la réduction. On est alors autorisé à intervenir par une méthode sanglante, le raccourcissement des ligaments ronds ou la suture de la matrice à la paroi abdominale ; c'est à cette dernière que M. Tillaux donnerait la préférence.

(1) *Annales de gynécologie*, janvier 1889.

CORRESPONDANCE

Suette miliaire chronique.

10 Mars 1889.

Monsieur le Directeur,

Un de nos collègues du Concours, le Dr *Combaud*, de Sancerre, a étudié, à la 55e page du journal, une forme de suette miliaire de longue durée, avec perturbations prolongées et protéiformes du système nerveux. Cette étude, très consciencieuse, très détaillée, très intéressante n'est cependant pas la première qui ait été publiée sur cette forme de la suette miliaire. En effet, au congrès de La Rochelle de l'Association française

pour l'avancement des sciences, j'ai communiqué un travail résumé en 6 pages, au volume des comptes rendus, p. 796, où j'étudie cette forme de suette sous le nom de Suette miliaire chronique, lui appliquant, après Trousseau et Burdel, l'appellation donnée à d'autres formes de l'empoisonnement paludéen par ces maîtres éminents, de « névrose tellurique ».

Agréez... Dr E. PINEAU,
(de Château d'Oléron),
Correspondant de la Société de médecine de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nomination des médecins des hôpitaux de province par le tirage au sort.

Très cher Directeur,

A propos du mode de nomination des médecins hospitaliers de province, dont il est si souvent question dans le « *Concours Médical* », et notamment au sujet du moyen proposé tout récemment par M. le Dr Dieterlen, d'Épinal, permettez-moi de vous soumettre quelques réflexions personnelles que vous apprécierez pour ce qu'elles valent.

Il est incontestable qu'en présence de l'autoritarisme des commissions administratives, le corps médical se trouve souvent désarmé et sans défense, et la solution du grand problème philanthropique en est toujours de plus en plus entravée et retardée. Aussi n'est-il pas inutile que chacun de nous apporte dans cette grave question non seulement ses appréciations, mais encore les moyens nouveaux qu'il entrevoit et qui ont pu quelquefois échapper à l'examen.

Sans vouloir critiquer le projet Dieterlen, qui est d'ailleurs le fruit d'un jugement sage et pratique, je ferai d'abord remarquer que l'épreuve clinique à laquelle seraient astreints les aspirants aux fonctions médicales hospitalières, n'exclura pas plus que le concours, qui a en effet de nombreux partisans, le favoritisme. En second lieu, il est difficile d'admettre que des praticiens, exerçant depuis plusieurs années dans une localité qu'ils ne peuvent quitter, aillent, le cœur léger, subir devant une Faculté de l'État un examen probatoire clinique, auquel ils ne sont pas habitués. En outre, il faut supposer que cet examen, pour avoir une portée, doit être sérieux, et dans ce cas il peut se faire que, parmi les candidats, un certain nombre subisse un échec. Or quelle sera vis-à-vis des confrères de la même localité la situation de ces victimes d'un hasard malheureux ? Leur valeur médicale n'en serait en rien amoindrie, soit : mais aux yeux de l'opinion publique cet échec ne pourrait-il pas être considéré comme une mauvaise note et n'aurait-il pas comme conséquence un amoindrissement de la confiance et par suite une diminution de la clientèle ? — Si, par contre, nous envisageons l'épreuve clinique comme une simple formalité, dont chaque candidat sortira triomphant quand même, elle devient dès lors inutile ou illusoire.

Il semble donc que ce « moyen terme » ne soit pas pratiquement réalisable. Mais il ne suffit pas de rejeter une solution, il faut essayer de la remplacer par une autre à laquelle on ne puisse faire des objections fondamentales.

Sans insister plus longtemps sur la superfluité du « brevet » ou contrôle scientifique ajouté inutilement au vrai diplôme dont jouissent tous les médecins ici en cause, nous dirons qu'il y a peut-être un moyen bien simple de trancher avantageusement la question, moyen qui ne froisse aucune susceptibilité et qui n'impose aucune charge ennuyeuse aux intéressés.

Que dans toutes les villes possédant un ou plusieurs hôpitaux *les docteurs en médecine* qui désirent être chargés d'un service hospitalier et qui par conséquent mettent spontanément à la disposition de l'administration leur savoir et leur temps se fassent inscrire du premier au 15 décembre sur une des deux listes (médecins et chirurgiens). Dans la seconde quinzaine du même mois la commission des hospices sera tenue de se réunir en séance après y avoir préalablement invité tous les aspirants médecins des hôpitaux inscrits, et de procéder en leur présence au tirage au sort d'autant de noms qu'il faut de médecins en chef et adjoints pour les divers services, en désignant avant l'appel du nom la place qui sera conférée au nom sortant. — Une troisième liste pourrait être dressée pour les *officiers de santé* en cas d'insuffisance de *docteurs* inscrits.

Le 1er janvier suivant les nouveaux titulaires entreraient en fonctions pour une période triennale. En cas de décès ou de démission pendant cette période, un second tirage au sort sur les noms des listes existantes comblerait les lacunes, mais seulement jusqu'à la fin de la période en cours.

A l'expiration de cette période, on procéderait de nouveau sur les listes arrêtées à cet effet en décembre au tirage au sort des futurs titulaires à l'exclusion des médecins sortants qui ne pourraient reconcourir au tirage qu'après cette nouvelle période de trois ans ; et ainsi de suite.

Il va sans dire que dans les villes où le nombre de médecins exerçant n'excède pas celui des places à occuper, l'entente pourra s'effectuer sans aucune difficulté et la durée de leur mandat pourra être prolongée indéfiniment.

Voilà un système qui est simple et logique, qui supprime le favoritisme et les épreuves inutiles et qui n'entache en rien la dignité professionnelle. S'il était adopté, on arriverait enfin à assurer l'organisation et le fonctionnement des services hospitaliers, cette grande œuvre philanthropique où l'humanité doit gagner autant de soulagement et de consolation que les médecins de considération et de reconnaissance.

Agréez, très honoré Directeur, mes respectueuses et confraternelles salutations.

Dr BERMONDY.

Le Cannet (Alpes-Maritimes).

Honoraires médico-légaux.

Saint-Aigulin, le 7 mars 1889.

Monsieur le Directeur,

A plusieurs reprises, il a été question, dans les colonnes du *Concours*, des démêlés des médecins avec la justice, dans ce qui a trait aux honoraires. Voici un nouveau fait, arrivé à mon confrère le docteur Moty, de La Roche-Chalais, et à moi-même, fait qu'on pourra ajouter aux autres.

Le 14 janvier dernier, le docteur Moty et moi, nous recevons une réquisition émanant du juge d'instruction de Jonzac, pour avoir à faire l'autopsie, aussi minutieusement que possible, d'un homme mort à la suite d'un coup de bâton sur la tête. Cet homme habitait dans ma commune, le

village de Vilette, situé à 8 kilomètres du chef-lieu où se trouve ma demeure, et à 10 kilomètres du domicile du docteur Moty. Nous prêtons le serment et faisons notre devoir de notre mieux.

Quelque temps après nous recevons pour le signer le mémoire de nos honoraires. Celui du docteur Moty est ainsi libellé : visite et rapport 3 fr., opération plus difficile 5 fr., myriamètres parcourus 2 fr. 50 c., total 10 fr. 50 c. Une note complémentaire lui faisait savoir que le clocher de Saint-Aigulin n'étant distant de celui de La Roche-Chalais que de 2 kilomètres, il ne lui était pas dû d'indemnité de déplacement, mais que, prenant en considération les 2 kilomètres qu'il avait été obligé de faire dans cette circonstance, on voulait bien lui accorder l'indemnité d'un myriamètre, soit 2 fr. 50.

Mon mémoire était ainsi conçu : visite et rapport 3 fr., opération plus difficile 5 fr., total 8 fr. Une note confidentielle l'accompagnait dans laquelle il était dit textuellement : « Le village de Vilette dépendant de la commune de Saint-Aigulin (malgré son éloignement), il m'est impossible d'attribuer à M. Busquet une indemnité de déplacement qui doit se calculer de clocher à clocher, d'après le tableau des distances légales. » Nous avons *réclamé notre indemnité* de déplacement, et notre réclamation est allée jusqu'au ministre de la justice, d'où on l'a renvoyée non approuvée.

Ainsi donc, si vous allez, dans une commune qui a 15 kilomètres d'étendue, comme j'en connais, *à 10 ou 12 kilomètres*, vous ne *vous êtes* pas *déplacé*, vous avez *fait*, selon *l'interprétation* de la loi, la visite dans votre cabinet, et vous recevez pour la visite et un rapport long et sérieux, TROIS FRANCS.

Dans notre cas particulier, les voituriers prennent six francs, pour transporter au village de Vilette, soit modestement le double, et encore ils n'ont pas de rapport à faire. Dans ces circonstances, il vaut mieux être voiturier que médecin-expert, on gagne davantage et on n'a ni fatigue, ni responsabilité.

J'ignorais cette interprétation, mais, à l'avenir, j'en ferai mon profit ; peut-être serait-il utile que nos confrères la connussent.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de mon dévouement en tout ce qui touche aux intérêts professionnels. Dr J. BUSQUET.

Réponse : Au Congrès de 1845 des voix éloquentes exposaient l'objet de vos doléances. Espérons qu'au congrès de 1889 nous serons enfin entendus. Nous comptons sur votre présence et sur celle de M. le Dr Moty au Congrès.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Hospice de la Salpêtrière.

De la suspension dans le traitement du tabès

M. le professeur CHARCOT.

Leçon recueillie par M. Joseph DAVÉO.

J'ai l'intention de revenir aujourd'hui sur le traitement du tabès par la méthode de la suspension, qui excite depuis peu l'engouement. Est-ce à cause de la singularité de l'appareil, ou bien les paroles que nous avons prononcées dans notre leçon du 19 janvier ont-elles été mal interprétées ?

Nous n'avons pourtant pas exagéré, mais nous ne sommes pas allés jusqu'à prononcer le mot de guérison. Qui est-ce qui a jamais pu prononcer un nom pareil ? je ne crois pas qu'il existe au monde un traitement, je dirai même plus, qu'il existera jamais un traitement curatif de l'ataxie locomotrice progressive.

Je ne veux pas dire par là que l'ataxie ne guérira jamais. Il existe des ataxiques sans le savoir. Pour ma part, je connais des personnes qui vont s'asseoir aux différentes académies sans se douter qu'elles appartiennent à cette classe d'incurables.

Il y a de plus des tabès qui s'arrêtent, il y en a peut-être qui guérissent. Je connais deux personnes qui se disent guéries, qui le paraissent en définitive, n'éprouvant plus aucun symptôme de la maladie. J'ai revu il y a quelque temps à Turin un monsieur qui m'avait consulté il y a quinze ans, et il m'a dit qu'il était complètement guéri. Il avait pourtant, lorsqu'il est venu me consulter, le signe de Romberg, des troubles vésicaux, de l'incoordination des mouvements, et maintenant tout cela a disparu. Tout ceci pour vous dire que, s'il y a des tendances à la guérison, elles ne sont pas en nos mains, elles naissent spontanément. En général, dans la majorité des cas, le tabès évolue comme il l'entend.

Il y a bien certains traitements qui soulagent le malade. Le traitement spécifique entre autres ne donne pas grand'chose. Vous avez entendu parler sans doute de l'élongation des nerfs ; on doit à ce traitement des succès véritables, mais il n'a pas vécu longtemps pour la raison qu'il fallait intervenir chirurgicalement. Le traitement par la suspension n'en est que la doublure, c'est une gymnastique qui probablement est cause que l'élongation des nerfs se fait intérieurement et sans déchirures.

Les ataxiques sont modestes. Après avoir consulté quatre ou cinq médecins, ils savent qu'ils n'ont à attendre que des soulagements.

Si le nouveau traitement rend des services, nous n'y sommes pour rien ; tout l'honneur doit en revenir au Dr Motchoutkowsky, d'Odessa. Il en avait parlé déjà dans un mémoire passé inaperçu. Il est si vrai que « Nul n'est prophète en son pays » que nous avons reçu des lettres d'Odessa même, nous demandant des renseignements sur la suspension ; nous avons répondu qu'on était à la source même.

Je vous l'ai dit déjà, M. Motchoutkowsky a trouvé ce traitement comme on trouve souvent les choses de la thérapeutique ; c'est le hasard qui l'a conduit ; il y a songé en faisant une application de corset plâtré avec l'appareil qui sert pour le redressement de la colonne vertébrale dans le mal de Pott. C'est M. Raymond qui, de retour d'une mission scientifique en Russie, nous a apporté le nouveau traitement.

Nous sommes ici fréquentés en moyenne par une trentaine d'ataxiques qui, tous les samedis, viennent dans le but de se faire appliquer des pointes de feu sur la région spinale. Nous avons aujourd'hui transformé les pointes de feu en suspension.

Nous avons suivi ces malades autant qu'il nous a été possible, car plusieurs, vu la simplicité de l'appareil, ont préféré se faire traiter chez eux et c'est là la seule cause qui ne nous ait pas permis de dresser une statistique. Néanmoins les effets produits ont été assez frappants, Je n'ai jamais vu, pour ma part, de résultats aussi marquants que

ceux que j'ai vus ici, dans un si court espace de temps.

Afin de vous faire connaître les choses exactement comme elles sont, je vais vous montrer plusieurs malades, dont on ne peut pas discuter le diagnostic : ce sont tous des ataxiques arrivés à la deuxième période qui, comme vous le savez, est caractérisée par le signe de Romberg, des troubles vésicaux et de l'incoordination dans les mouvements.

Voici un premier malade âgé de 50 ans; la maladie a débuté chez lui il y a cinq ans par des crises douloureuses et une fracture spontanée du péroné. Il habite à Malakoff, près de Montrouge, il arrive ici par le tramway. Depuis qu'il est soumis à la suspension il supporte très bien cette heure de voiture ; de plus, il dit qu'il marche toute la journée, alors qu'autrefois il lui aurait été difficile de bouger. Il ferme les yeux et ne tombe pas et pourtant le signe de Romberg n'avait jamais fait défaut chez lui. Il était obligé de s'y prendre en quatre ou cinq fois pour uriner ; aujourd'hui il urine très bien et les mictions sont moins difficiles; de plus, il nous confie qu'il peut se servir de ses organes génitaux dont il ne se servait plus. Je dois ici vous faire remarquer que souvent on est porté, dans ces matières intimes, à vouloir s'attribuer quelque supériorité; aussi faut-il tant soit peu rabattre des déclarations du malade. Cet homme a aujourd'hui un appareil et se traite chez lui.

Voici un deuxième ataxique, âgé de 32 ans, chez qui le tabes a débuté il y 2 ans. Il a constamment éprouvé des douleurs fulgurantes, il disait que le sol se dérobait sous lui, qu'il lui paraissait fouler du coton. Aujourd'hui, ces sensations ont disparu et il vient à pied des Batignolles, d'où on était obligé de l'apporter autrefois. L'incontinence d'urine a disparu, il a toutefois les jambes toujours un peu engourdies. Les érections reviennent peu à peu et les éjaculations douloureuses ont cessé.

Enfin parmi tous les malades que vous voyez je vous signale celui-ci qui porte sur lui les traces du traitement par le nitrate d'argent. Il en est devenu noir. Soigné par Vulpian, il a pris, dit-il, *quatre mille* pilules de nitrate d'argent. L'ataxie a débuté chez lui il y a 5 ans par de la parésie vésicale. Traité par la suspension depuis le 10 février, il a éprouvé une notable amélioration, il se lève maintenant très bien de son fauteuil ; la titubation a presque complètement disparu. Fait curieux : à la troisième séance de suspension, les érections ont été telles qu'il a dû prendre du bromure de camphre !

Je pourrais vous en dire autant de tous les autres. Il n'en est pas un qui n'accuse de l'amélioration. Remarque importante : nous n'avons jamais vu revenir les réflexes. Nous ne savons pas non plus si l'on peut faire quelque chose pour le signe d'Argyl-Robertson (absence du réflexe pupillaire), pour les amblyopies, les douleurs fulgurantes de la tête. En général, nous n'avons encore noté aucune amélioration de ce côté.

Nous avons essayé de traiter par la suspension des maladies autres que le tabes. Nous l'appliquons en ce moment à deux malades atteints de paralysie agitante ou maladie de Parkinson. Tous deux prétendent éprouver de l'amélioration. Les contractures des bras ont cessé ; ils disent dormir mieux et avoir une sensation de chaleur moins grande. La maladie de Parkinson est pourtant une maladie que l'on peut dire incurable au premier chef.

Vous dire qu'il n'y a pas quelque peu de suggestion chez tous ces malades, ce serait exagérer ; vous ne l'ignorez pas, il y en a partout et les ataxiques sont des gens qui n'avaient plus d'espoir ; on ne peut pourtant pas se mettre à l'abri de la suggestion, mais il me semble que l'enthousiasme finit par s'en aller au bout de deux ou trois mois. Quelques-uns des malades présents sont traités par la suspension depuis novembre, nous sommes donc en droit d'ajouter foi aux améliorations qu'ils accusent et que nous pouvons constater par nous-mêmes.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Un peu de déontologie (1).

Les médecins qui, dans les Vosges, n'usent pas les uns envers les autres de procédés corrects, sont une infime minorité, nous sommes heureux de le constater. Cependant, sur certains points de notre département, les rapports professionnels sont, sinon tendus, du moins manquent de la courtoisie que l'on se doit entre gens bien élevés, entre hommes ayant la même profession, et dont le principal devoir est d'honorer cette profession.

On m'a cité un fait, sur la réalité duquel je n'ai pu malheureusement conserver le moindre doute, un fait qui, au point de vue confraternel, me semble absolument condamnable, et sur lequel nos lecteurs nous permettront d'insister en passant. Je ne citerai pas de noms, la plupart d'entre nous devineront facilement où se passent les faits que je vais rapporter.

Dans une petite localité, un chef-lieu de canton, voisin d'un chef-lieu d'arrondissement, peinent depuis de longues années deux ou trois confrères, qui sont arrivés à la vieillesse ou à l'âge mûr, sans avoir fait fortune, loin de là, ne demandant à leur clientèle que leur pain quotidien, et, n'exigeant pour leurs soins, qu'une rémunération tout à fait dérisoire. Ces confrères, toujours à la tâche, qui ne se permettent aucune douceur dans l'existence rude qu'ils mènent, n'arrivent à boucler leur budget annuel qu'avec la plus grande difficulté. La raison en est à la modique rétribution qu'ils réclament à leurs malades pour leurs visites ou leurs consultations.

Or, s'il est un axiôme dont nous vérifions chaque jour l'exactitude, s'il est un proverbe, dont nos braves campagnards nous font, dans maintes circonstances, comprendre le bien fondé, c'est qu'en médecine, comme en toute autre chose, « on n'en a jamais que pour son argent ». Les conseils qu'on fait médiocrement payer, sont des conseils qui n'ont qu'une valeur médiocre. La médecine au rabais, à tarif réduit, n'est qu'une médecine de pacotille. On n'en a jamais que pour son argent.

Ainsi raisonnent bien des gens de la campagne,

(1) Extrait du *Bulletin médical des Vosges*.

voire même pas mal de citadins. La façon dont se pratique la médecine dans cette petite ville des Vosges, voisine d'un chef-lieu d'arrondissement, dans cette petite ville où les visites médicales sont tarifées à 50 centimes ou à un franc, en est une preuve éclatante. Qu'arrive-t-il en effet ? C'est que les malades n'accordent pas une confiance illimitée à des médecins qui estiment à si bas prix leur bagage scientifique, leur valeur médicale. Il s'en suit que lorsqu'un cas un peu grave se présente, lorsqu'un malade a de la fièvre, ou quand il est resté trois ou quatre jours au lit sans être guéri, on suppose que les médecins qui l'entourent ne sont pas de taille à le tirer d'affaire. On leur brûle simplement la politesse — on ne met pas de gants pour parler à des gens qui valent si peu, qui ne savent faire que de la mauvaise médecine, de la médecine à bon marché — on leur brûle la politesse, dis-je, et, dare, dare, on appelle au chevet du malade un médecin du chef-lieu.

C'est ici que commence le point professionnel. Quelle sera la conduite du médecin extraordinaire, mandé au beau milieu d'une affection à marche aigüe ? Vous pensez peut-être qu'il va s'aboucher avec le médecin qui a suivi la maladie depuis ses débuts, le confrère, qui est le médecin traitant ordinaire. Vous supposez que tous deux réunis, se présenteront au malade, qu'ils examineront de concert le cas intéressant, que de concert ils fixeront le diagnostic et discuteront le mode de traitement. Point. Le médecin du chef-lieu arrive, court à celui qui l'a fait mander, l'examine, fait son ordonnance, et reprend le train suivant, quand il ne remonte pas simplement en voiture, sans s'occuper en aucune façon du confrère qui a donné les premiers soins, sans se préoccuper des recommandations que ce dernier a faites, de la thérapeutique qu'il a suivie. Que lui importe ? On ne s'arrête pas à des considérations aussi mesquines. Le temps que l'on passe à remplir ses devoirs professionnels est du temps perdu. Et l'on est pressé.

Vous supposez peut-être aussi que tout se borne à cette visite extraordinaire, à cette intrusion momentanée du médecin du chef-lieu. Point. Le médecin du chef-lieu vient le lendemain, le surlendemain, les jours suivants, tant que le malade semble avoir besoin de lui ; il parachève la cure, toujours sans se préoccuper du confrère voisin, qui a été sommairement évincé, qui ne montre pas le bout de son nez, qui assiste, meurtri, aux exploits extraordinaires du médecin extraordinaire. Et les petits potins vont leur chemin. Il n'était que temps. Heureusement qu'on a changé le médecin et les remèdes, sans cela c'était fini ; le malade ne s'en relevait pas. Ah ! ce médecin, quel homme, quelle science ! quel... etc... Et l'autre, le malheureux confrère, se morfond, on lui fait grise mine, les commères le prennent en pitié. Et tout cela parce qu'il fait ses visites à 50 centimes. Trop heureux encore de rentrer dans la maison, l'oreille basse, quand on le fera mander pour le prochain bobo, qu'on lui permettra de soigner, parce que ça n'est pas grave ! Eh bien ! Je le dis en toute sincérité. Le médecin du chef-lieu a tort de laisser jeter à la porte le confrère qui a commencé les soins, sans se préoccuper de lui. Il a tort, dans le cours d'une maladie aiguë, de continuer ses visites, d'accaparer le malade au détriment du collègue de la petite ville. Ces procédés sont absolument blamâbles et condamnables. Il ne doit pas considérer le terrain sur lequel se meut son collègue comme pays conquis. Sa conduite, je le répète, ne saurait être approuvée d'aucun de nous.

Ces rapports confraternels demandent à être modifiés du tout au tout. Et que faire dans le présent ? Il me semble qu'il serait facile de sortir de cette situation, par trop humiliante pour les médecins de la petite ville. Et c'est ici que les bienfaits de l'association syndicale éclatent aux yeux. Qui empêcherait ces deux ou trois confrères de se réunir en syndicat pour la défense de leurs droits professionnels ? A deux ou trois, il ne doit pas être difficile de s'entendre, surtout en présence de faits semblables. Que l'un ou l'autre prenne l'initiative des démarches, le plus jeune ou le plus vieux, qu'importe ! Qu'il rédige une petite note collective que l'on adresserait à tous les médecins du chef-lieu, note dans laquelle on ferait comprendre que les médecins de la petite ville sont froissés de procédés qu'ils jugent incorrects, au point de vue déontologique. Cette note demanderait aux médecins du chef-lieu de modifier leur manière d'agir en leur expliquant que l'on serait heureux d'avoir recours à leurs lumières dans les cas embarrassants et lorsque les malades en manifesteraient le désir, mais qu'il semble de toute équité que le médecin qui a commencé les soins ne soit pas supplanté et éliminé, par le fait même qu'un malade a éprouvé le besoin de voir un confrère. — Les médecins de la petite ville doivent collectivement protester contre cette manière de faire. Ils auront mis le droit, l'équité, les convenances de leur côté. Il faut espérer que les médecins du chef-lieu le comprendront. Et au cas où il ne se rendraient pas à des observations si justes, qui nous empêcherait de porter ces faits répréhensibles devant l'Assemblée du syndicat départemental qui pourrait, à son tour, intervenir auprès des confrères récalcitrants et dicter la conduite qu'il y aurait lieu de suivre ultérieurement. Je n'hésite pas à l'affirmer. L'exercice de la médecine à la campagne est d'autant plus précaire qu'il y a moins d'union entre les médecins praticiens du même rayon.

Aussi ne saurais-je trop engager ces confrères, qui occupent une situation si peu honorée à tous les points de vue, de profiter de ce moment de concentration confraternelle pour élever du même coup la parcimonieuse rétribution qu'ils acceptent encore pour les services qu'ils rendent. Je l'ai dit et je le répète. S'ils ne faisaient pas de visites à 0,50 cent. ou à 1 franc, leur situation n'en deviendrait que plus digne et plus honorable. Les médecins ont droit, tout comme les autres, à une rémunération honnête de leur travail ; ils doivent, lorsque leurs revendications sont justes et équitables, imposer leurs conditions à la population au milieu de laquelle ils vivent.

Et puisque nous avons été, malgré nous, entraînés à traiter cette question brûlante d'honoraires et de tarifs, que l'on jette volontiers à la tête des Associations syndicales (nous avons dit ailleurs que jamais le Syndicat médical des Vosges n'avait mérité pareil reproche), nous ne craindrons pas de dire que si les médecins du chef-lieu dont nous avons parlé ont tort d'user de procédés aussi peu corrects envers leurs confrères de la petite ville, ces derniers subissent un peu le sort qu'ils méritent. S'ils avaient su, à l'occasion, lutter avec un peu plus d'énergie, s'ils n'avaient pas toujours

courbé la tête, acceptant sans récriminer la situation humiliante qui leur était faite à l'occasion, si, pour l'honneur du corps médical, ils avaient soutenu avec un peu plus de fermeté de justes revendications, leur situation serait tout autre. Dans les souhaits hippocratiques — on trouve le *salus*, *honor* et *argentum*. L'un ne va pas sans l'autre. Le désintéressement est une fort belle chose, mais qui n'est pas toujours appréciée comme elle mérite de l'être. Si votre désintéressement doit faire échec à votre honorabilité, ne sacrifiez pas la seconde au premier. Il faut une juste mesure en toutes choses. L'exercice de la médecine, à tarif réduit, ne saurait point être recommandé et n'a jamais profité à ceux qui s'y sont livrés, pas même au point de vue moral. La concurrence au rabais, dont on devrait laisser le monopole aux marchands de bric-à-brac, est indigne des membres du corps médical. Les médecins qui se respectent n'usent point de pareils moyens, et quant à nous, nous désapprouvons hautement cette manière d'attirer la clientèle. La dignité professionnelle ne peut qu'y sombrer.

Quand la vogue et la confiance publiques ne sont édifiées que sur de pareilles bases, elles ne résistent pas à l'usure du temps. Nos confrères de X..... sont à même de constater — bien qu'un peu tard — qu'il en cuit à ceux qui font de la médecine à bas prix, et qui sont d'autant moins recherchés que leurs exigences sont moindres. Il est vrai, croyez-m'en, qu'on n'apprécie le service rendu que proportionnellement à ce qu'il coûte ou a coûté. Demandez à un de nos maîtres de Paris de faire des consultations à quarante sous ; sa réputation sera perdue dans quelques semaines. Voyez cette sage-femme, en rupture de communauté, ouvrant, sous l'œil insouciant de la magistrature, un cabinet de consultation en pleine ville d'Epinal, et demandant 10 francs pour un conseil, 30 francs pour une visite. Le bon public y court et suit, avec une ponctualité religieuse, des prescriptions abracadabrantes, qu'il a payées si cher et qui doivent guérir en raison du prix déboursé.

Faites donc du désintéressement après cela, braves médecins de X..... !

Dr Lardier.

Syndicat médical de l'arrondissement d'Arles-sur-Rhône.

Procès-verbal de la réunion du 3 décembre 1888.

Admission du Dr Paul Waton, d'Arles, à l'unanimité des membres.

Lecture faite des statuts, il a été décidé ce qui suit à l'unanimité :

1° Le modèle des notes d'honoraires qui figure à la fin des statuts sera conservé pour les clients auxquels on aura adressé sans succès et à plusieurs reprises la note formulée à l'article suivant.

2° Le Syndicat, trouvant la note ci-dessus visée trop dure pour l'épiderme de certains clients, a voté la formule suivante accompagnée de l'article du règlement qui prescrit à chaque membre du syndicat d'adresser sa note au plus tard 3 mois après la maladie :

J'ai l'honneur de vous adresser la note de mes honoraires s'élevant à la somme de........
du................ au ....

Veuillez agréer l'assurance de mon entier dévouement.

3° Au sujet de l'inscription des clients au livre noir, il a été décidé que : « Tout client qui à l'expiration de 10 mois n'aura pas réglé sa note d'honoraires sera inscrit au livre noir. »

4° Le Syndicat, considérant que dans Arles, vu le nombre de ses membres porté actuellement à 12, il serait nécessaire de faire circuler, dans les mains de chacun de ses membres, le livre noir au moins 2 fois par an, a décidé que tous les 1er, 11, et 21 de chaque mois, ce cahier devrait changer de main.

A cet effet, à *chacune de ces dates,* le détenteur du dit cahier devra le passer à un confrère en suivant l'ordre alphabétique adopté à la première page des statuts et sera tenu en le livrant à son confrère *d'indiquer le jour exact de la remise* qu'il appuiera de sa signature à la fin de la liste inscrite par lui.

5° Toute contravention à l'article précédent sera punie d'une *amende de 2 francs par jour de retard*.

6° Le secrétaire-trésorier est chargé de veiller à l'exécution de la précédente pénalité en constatant les dates.

7° Un banquet a été décidé à l'unanimité avant la fin de l'année.

Arles, le 3 décembre 1888.

Le secrétaire-trésorier,
Dr C. Martin-Raget.

Bureaux des Syndicats médicaux pour 1889.

Syndicat médical de la Loire-Inférieure.

Président : M. le Dr Poisson.
Vice-présidents : MM. les Dr Destez et Pastoureau.
Secrétaire-trésorier : M. le Dr Luneau.
Secrétaire-adjoint : M. le Dr Pérochaud.
Syndics : MM. les Drs Berneaudeaux, Chachereau, L. Jouon et Teillais.

VARIÉTÉS

La médecine illégale.

Voici le spécimen d'une carte-prospectus que tout le monde peut se procurer à Lyon :

VACHON
RHABILLEUR
LYON — 53, Quai Pierre-Seize, 53 — LYON
(Près l'Homme de la Roche)

CABINET DE
Madame Veuve VACHON
TENU PAR B. JANIN

Si les magistrats n'étaient pas aveuglés par l'étude de la jurisprudence, ils trouveraient sur ce simple carton un motif plus que suffisant pour poursuivre le sieur B. Janin, comme attentant à une des lois de son pays.

Mais il y a mieux : sur le dos de cette carte sont écrites les quelques lignes dont voici l'exacte transcription :

« Lyon, le 28 octobre 1888.

« Je certifie que M. C... J. c'est fait une luxation

de la clavicule qui peut l'empêcher pendant quelque temps son travail.

« C'est pourquoi je signe

« JANIN
« *d. m. P.* »

N'y a-t-il dans ces quelques mots qu'une violation des lois grammaticales ? Un certificat ainsi paraphé n'est-il pas une preuve flagrante d'exercice illégal ? Ces trois lettres *d. m. P*, que l'usage a établies comme équivalentes du Dr précédant le nom, ne constituent-elles pas une usurpation de titre ?

Tout cela est à voir. Avis au syndicat.

Un dernier mot. M. C. J. s'était fait une légère entorse de l'épaule en passant la manche de son habit.

(Province médicale.)

REPORTAGE MÉDICAL

Hôpital Broussais. — L'hôpital Broussais a reçu depuis le 1er janvier une organisation définitive ; il y aura dorénavant une consultation externe, mais sans délivrance de médicaments. Toutefois, aucune admission ne pourra être prononcée à la suite de ces consultations, l'hôpital Broussais devant continuer à recevoir ses malades du bureau central.

A propos des poêles mobiles. — A l'occasion de la communication faite par M. le docteur Lancereaux à l'Académie de médecine, concernant l'intoxication oxycarbonée par les poêles mobiles, le préfet de police a prié le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine d'examiner s'il n'y aurait pas lieu de modifier l'instruction du 16 avril 1880 concernant le chauffage des habitations. Une commission composée de MM. Lancereaux, Arm. Gautier, Bunel et Michel Lévy a été nommée à ce sujet. M. Michel Lévy a donné lecture d'un rapport indiquant les additions et rectifications que la commission jugerait utile d'apporter à cette instruction. L'expérience prouve que les craintes exprimées il y a neuf ans n'étaient que trop fondées.

De la mortalité des médecins. — Les chiffres statistiques de M. Rauch (de l'Illinois) se rapportent à 14,000 individus pour une période de dix ans. Ils montrent que la durée moyenne de la vie des médecins n'est que de cinquante-deux ans, au lieu de cinquante-sept à soixante-deux ans pour les autres professions. Sur 100 médecins, il n'y en a que 11 qui dépassent de trois à dix ans la moyenne indiquée.

La mortalité annuelle des médecins est de 13 0/00. Dans les premières années d'exercice de la profession, elle est inférieure à celle du reste de la population mâle, mais elle augmente rapidement avec les années et finit par surpasser de 8 à 11 % la moyenne totale. (*Revue sanitaire de la Province*).

Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. — M. le Dr Chevallereau vient d'être nommé médecin titulaire de la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, en remplacement de M. Abadie, démissionnaire.

Service médical à l'Exposition de 89. — Le service médical de l'Exposition de 1889 est ainsi composé : M. le Dr Moizard, médecin en chef ; MM. les Drs Audigé, Balme, Benoît de Matourel, Beurnier, Bouttier, Cadet-Naudet, Colin (René), Gostilhes, de Crésantignes, Devillers, Duboys de la Vigerie, Gauchas, Guillier, Hirtz (Hippolyte), Lafage, Lebreton, Lepage, Leriche, Leroux, Moutier, Petit, Quenu, Seailles, Tapret, Tripet, Trousseau, Weil (Julien).

Empoisonnement par des bougies contenant de l'arsenic. — A l'époque des fêtes de Noël, on avait constaté chez des enfants et des adultes ayant assisté à une distribution de cadeaux autour d'un arbre de Noël, des malaises, des vomissements. L'enquête a démontré que ce qui avait été bu et mangé ne contenait aucun principe nuisible, mais qu'il était vraisemblable d'incriminer des bougies de couleur, brûlant dans l'arbre, bougies qui contenaient de l'arsenic.

Il est possible que de ces bougies, brûlant dans une chambre peu vaste, se soient dégagées des vapeurs toxiques qui ont produit les symptômes dont il a été question.

Femmes-médecins en Russie. — La Russie n'avait pas autorisé, jusqu'ici, les femmes à suivre les cours des Universités, quoiqu'il leur fût permis d'exercer. Comme elles allaient étudier à l'étranger, et en particulier en Suisse, le gouvernement a cherché à les retenir et à leur donner l'instruction nécessaire. On va fonder un Institut spécial pour elles, mais elles n'auront le droit de soigner que les femmes et les enfants, et les cours qui leur seront faits viseront surtout cette pathologie spéciale.

Les médecins militaires et les conseils de révision. — Une récente décision ministérielle prescrit que dorénavant l'aptitude des conscrits aux différentes armes ne sera établie qu'après l'avis du médecin militaire.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL.

M. le Dr Rougier, à Chevanceau (Charente-Infér.), présenté par M. le Directeur.

M. le Dr Rémuzat, à Marseille, présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès de MM. les Drs Antoine (Léon), de Saint-Ouen-lès-Parey (Vosges), Martin (Eugène-Joseph), de Quimperlé (Finistère), membres du *Concours médical*.

BIBLIOGRAPHIE

Vade-Mecum du médecin mobilisé, par le Dr Etienne Leblanc, médecin au 104e territorial. — Les grandes guerres de la République et de l'Empire (1792-1815) ont coûté la perte de sept millions d'hommes, dont trois millions de soldats français. La guerre prochaine fera périr, dit-on, le quart des effectifs !

Quelle sera l'atténuation apportée à la mortalité par le service de santé, proportionnellement à la perfection des engins de destruction ?

F. Marion, imprimeur-éditeur, Gannat (Allier), 1889.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Tétanie et dilatation de l'estomac.

M. *de Beurmann* (1) a pu suivre pendant plusieurs années un individu atteint de dilatation de l'estomac causée et entretenue par de nombreuses erreurs de régime. Après une foule d'accidents divers, cet homme éprouva un accès de contracture tétaniforme qui s'étendit aux muscles respiratoires et causa la mort en peu d'heures. Il avait éprouvé quelques jours auparavant une sorte de crise prémonitoire sous forme de vertiges avec sensation de faiblesse générale, engourdissement des pieds et fourmillement des mains. Le médecin qui observe de tels symptômes chez un malade atteint de dilatation gastrique fera bien de se tenir sur ses gardes. Avec l'observation de M. de Beurmann, on possède jusqu'à 15 cas de tétanie dans la dilatation gastrique.

Le premier a été publié par Küssmaul en 1869. MM. Dujardin-Beaumetz, Hanot, Hayem en ont recueilli plusieurs qui ont été réunis par M. Laprévotte dans sa thèse. M. Bouchard en possède plusieurs observations inédites. Ce ne sont pas d'ailleurs les seules contractures qu'on observe dans la dilatation de l'estomac ; les malades qui ont cette affection sont sujets aux crampes et à divers genres de spasmes. Mais les accidents tétaniformes sont d'une extrême gravité, puisque, sur 12 cas, M. de Beurmann relève 8 morts. Plusieurs qui ont guéri ont été en imminence d'asphyxie.

On ne peut appliquer le nom de contracture des extrémités à cette forme de tétanie, bien qu'il y ait bien début par la contracture des mains et des avant-bras (main en cône comme celle de l'accoucheur telle que Trousseau l'a si bien décrite dans sa clinique sur la tétanie). Dans la dilatation de l'estomac il existe une tendance à l'envahissement rapide des muscles du tronc par la contracture ; d'où l'asphyxie. Il est certain qu'on ne doit plus considérer la tétanie comme une maladie, mais comme un symptôme pouvant survenir dans beaucoup d'états morbides différents.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de la contracture dans la gastrectasie. Küssmaul invoque la concentration du sang résultant de la soustraction de liquide à celui-ci par d'abondants vomissements, quelquefois provoqués par le lavage de l'estomac. Dans le cas de M. de Beurmann le malade n'avait eu ni vomissements ni diarrhée, et n'avait pas subi de lavages.

D'autres auteurs ont attribué la contracture à une action réflexe ayant pour point de départ les nerfs de la muqueuse gastrique. Mais pourquoi ces accidents n'ont-ils jamais été observés dans les affections ulcéreuses simples ou cancéreuses, dans les cas de corps étrangers volumineux ayant blessé les parois stomacales ?

Il semble donc qu'il vaille mieux se rallier à la théorie de l'auto-intoxication proposée par M. Bouchard. Parmi les nombreuses substances toxiques auxquelles donnent naissance les fermentations continuelles qui se produisent dans un estomac dilaté, peuvent se rencontrer des poisons convulsivants capables de donner la mort à doses extrêmement faibles. Ces substances, absorbées à un moment donné par la muqueuse du tube digestif, peuvent être la cause des accidents tétaniformes, si les reins ne les éliminent pas assez promptement. Peut-être en retirant le contenu de l'estomac d'un individu atteint de contracture par gastrectasie, pourrait-on produire les mêmes accidents chez un animal auquel on injecterait l'extrait de ce contenu.

M. *Hayem*, ayant publié autrefois une observation de contracture dans le cours de la dilatation gastrique, dit que chez son malade la contracture n'a pas été la cause de la mort. L'individu a succombé à une sorte d'attaque cholériforme,

(1) Soc. médic. des hôpitaux, 22 mars.

en état de collapsus algide. L'autopsie montra une dilatation veineuse énorme, dans tous les viscères abdominaux, par suite des adhérences extraordinaires que l'estomac dilaté avait contractées en divers points de la cavité abdominale ; le bol alimentaire ne pouvait plus franchir le duodénum et cet homme est mort surtout d'inanition. M. Hayem pense que les déplacements viscéraux doivent être pris en considération dans l'explication de ces faits.

Paralysie agitante ancienne améliorée par les miroirs rotatifs.

MM. *Luys* et *Gaucher* ont observé un homme de 44 ans atteint depuis 4 ans de paralysie agitante typique : tremblement caractéristique des mains, trépidation générale du tronc, raideur des muscles de la nuque, immobilité des traits de la face. Le malade ne pouvait plus ni porter un verre de boisson à ses lèvres, ni boutonner ses vêtements, ni écrire ; sa parole était embarrassée et saccadée. Il ne présentait aucun signe d'hystérie ; il était aussi borné qu'honnête et ne semblait avoir pu prêter au moindre soupçon de simulation.

M. Luys eut l'idée d'essayer sur lui l'action des miroirs rotatifs ou miroirs à alouettes. L'amélioration ne commença qu'à partir de la huitième séance, les séances étant quotidiennes ; à la quatorzième l'amélioration était considérable. Le tremblement des mains a diminué à tel point que le malade peut porter un verre demi-plein à sa bouche tandis qu'auparavant il était obligé de placer le verre sur une chaise et de se mettre à genoux devant pour humer le liquide sans toucher le récipient avec ses mains.

Il est intéressant de constater une semblable amélioration d'une maladie réputée incurable. L'action efficace de ce moyen purement physique réside dans l'influence étrange que des vibrations lumineuses, se succédant avec rapidité, exercent sur les yeux d'abord, sur les centres nerveux ensuite.

Après les premières séances, cette impression n'était pas très accentuée, mais en s'accumulant jour par jour elle finit par amener un collapsus général accompagné d'un sommeil spécial, sommeil qu'on pourrait appeler mécanique et qui est doué d'effets sédatifs et thérapeutiques d'une puissance encore inconnue.

M. *Joffroy* n'est pas absolument convaincu que le diagnostic de paralysie agitante fût hors de contestation dans ce cas. Peut-être s'agissait-il d'une sclérose en plaques. Mais, les cas incontestables de cette maladie n'étant pas rares et la thérapeutique jusqu'ici ayant toujours été impuissante, il ne sera pas difficile de vérifier promptement l'efficacité de la méthode de M. Luys.

M. *Luys* pense qu'on diagnostique trop souvent la sclérose en plaques. Après avoir passé 2 ans à Bicêtre et 18 ans à la Salpêtrière il n'a vu que quatre autopsies de sclérose en plaques et ne croit pas que M. Charcot en ait vu beaucoup plus.

L'isolement individuel dans la rougeole.

M. *Richard* (du Val-de-Grâce) estime que le meilleur moyen d'empêcher la rougeole d'exercer une mortalité si terrible dans les hôpitaux serait de réaliser autant que possible l'isolement individuel des rubéoliques. La rougeole, dit-il, est par elle-même une maladie bénigne ; lorsqu'elle vient meurtrière, c'est par l'effet d'infections s joutées. Le rubéoleux présente une vulnérab extrême à l'égard des germes infectieux path nes. Dépouillé de ses épithéliums protecteurs offre aux germes un facile terrain de cult Ophthalmies purulentes, diphthérie, bronch capillaire épidémique, broncho-pneumonie, tub culose, érysipèle, gangrène, tout cela peut fon sur lui s'il se trouve dans des conditions hygié que défavorables. En premier lieu, il faut d faire de l'antisepsie médicale, comme le font M Sevestre et Grancher. Mais M. Richard propose outre, pour soustraire les rubéoleux aux cha d'infection réciproque, de substituer à l'isole en commun l'isolement individuel, uni-cell L'accroissement de la mortalité de la roug dans les hôpitaux tient non pas à l'augmen de la virulence du germe morbilleux, mais l mise en commun des germes pathogènes di dont chaque malade est porteur ; de telle que le nombre des chances d'infection second se trouve multiplié par le nombre des mal La broncho-pneumonie en particulier n'est pa fait du germe morbilleux, mais d'un germe su jouté, comme celui de la tuberculose ou de diphthérie.

La cellule d'isolement serait soumise à la d fection la plus minutieuse, car M. Richard en première ligne l'antisepsie ; mais s'il acc avec M. Lucas-Championnière qu'il faille pré l'antisepsie sans isolement à l'isolement sans sepsie, l'idéal lui paraît être l'antisepsie ave par l'isolement.

M. *Grancher* et M. *Sevestre* ont fait obse que l'isolement individuel proposé par M. Rich s'il est théoriquement excellent, est inappli dans l'état actuel de notre système hospitalie que demander à l'assistance publique une ré aussi impraticable exposait à ne rien d d'elle. Sur la proposition de M. Grancher, commission composée de tous les médecins hôpitaux d'enfants doit se réunir pour rédige rapport sur la question, rapport dont les clusions puissent être acceptées par tout le m et fortifiées par le vote unanime de la S médicale des hôpitaux.

Action physiologique et thérapeutique l'Orthométhylacétanilide et sur l'ac comparée des composés de la série aro tique.

MM. *Dujardin-Beaumetz* et *G. Bardet* ont c muniqué à l'Académie des sciences les recher suivantes dont l'intérêt n'échappera à perso

Un grand nombre de corps de la série tique apportés, dans le courant des deux derni années, au laboratoire de thérapeutique de l'h tal Cochin ont permis à notre éminent maître e son collaborateur d'entreprendre un travail d semble sur l'action comparée des composés de c série et la recherche d'une loi qui permettrait tablir cette action en fonction de leur composi chimique. Parmi ces corps, ils ont étudié un dé de la benzine qui leur a été présenté sous le n d'Exalgine par le chimiste qui l'a préparé, M. gonnet ; ce composé, en raison des propriétés p siologiques très nettes qu'il possède, a permi faire faire un pas à cette étude générale.

L'Exalgine (de Ε ξ hors, et Αλγος, douleur) est

miquement, l'orthométhylacétanilide, $C^9H^{11}AzO = C^6H^5,C^2H^3O,AzCB^3$. — On obtient avec l'acétanilide trois dérivés méthylés, occupant les positions para, ortho et meta — c'est donc le dérivé isomérique ortho, dont le point de fusion est 101° C, que les auteurs ont étudié. Il se présente en aiguilles fines ou en larges tablettes blanches, suivant qu'on l'obtient par cristallisation ou qu'il se prend en masse après fusion. L'Exalgine est peu soluble dans l'eau froide, plus soluble dans l'eau chaude, très soluble dans l'eau légérement alcoolisée.

Administré à un animal, ce corps agit énergiquement sur l'axe cérébro-spinal et entraîne, en quelques minutes, la mort d'un lapin, à la dose de 0 gr. 46 par kilogramme du poids du corps; il provoque alors des phénomènes d'impulsion, du tremblement, et les muscles de l'appareil respiratoire se paralysent. — A dose moindre, la sensibilité à la douleur disparaît, quoique la sensibilité tactile persiste et la température du corps diminue progressivement.

Comparés à ceux de l'antipyrine, les effets physiologiques de l'exalgine ont une réelle ressemblance; cependant, cette dernière substance paraît agir plus nettement sur la sensibilité et d'une façon moins active sur les centres thermogènes.

Au point de vue thérapeutique on obtient avec l'exalgine des effets analgésiques à la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 prise en une seule fois ou de 0 gr. 40 à 0 gr. 75 prise en deux fois dans les 24 heures. Cette action analgésique est très marquée et paraît supérieure à celle de l'antipyrine, et cela dans toutes les formes de névralgie, y comprises les névralgies viscérales. Cette action thérapeutique a été obtenue jusqu'à présent, sans que l'on ait eu à constater des phénomènes d'irritation gastrique ou intestinale, ni de rash ou de cyanose, déjà notés dans l'emploi de l'antipyrine ou de l'acétanilide.

L'Exalgine s'élimine par les urines, elle modifie la quantité du liquide sécrété, et agit aussi, comme les antithermiques du même groupe, sur la polyurie diabétique, en diminuant et la quantité de sucre et la quantité d'urine émise dans les 24 heures.

En résumé, l'exalgine ou orthométhylacétanilide est un puissant analgésique qui paraît supérieur, à ce point de vue particulier, à l'antipyrine, elle est de beaucoup plus active, puisqu'elle agit à doses moitié moindres.

Si l'on compare l'exalgine aux autres antithermiques analgésiques tirés de la série aromatique, on constate que, comme ces dérivés, elle est à la fois antiseptique, antithermique et analgésique, mais c'est cette dernière action qui paraît dominer dans les effets thérapeutiques déterminés par cette substance.

Des recherches de MM. Beaumetz et Bardet sur l'ensemble de ces corps, il semble découler une loi qui permettrait d'apprécier à priori la dominante des propriétés physiogiques qui caractérisent leur action: effets antiseptiques, antithermiques, analgésiques.

Les effets antiseptiques appartiendraient surtout aux dérivés hydratés (phénol, naphtol, etc.).

Les propriétés antithermiques seraient surtout dominantes dans les dérivés amidogénés (acétanilide, kairine, thalline, etc.)

Enfin, l'analgésie serait au maximum dans les corps amidogénés où l'on a substitué à un atome d'hydrogène une molécule d'un radical gras et particulièrement de méthyle (antipyrine ou diméthyloxyquinizine, acetphénétidine ou phénacétine, etc). L'exalgine ou orthométhylacétanilide appartient donc à ce dernier groupe.

Morsures de vipères.

M. *Fredet* a observé un nombre assez considérable de cas de morsures de vipères ; trois de ses malades ont succombé. L'analyse de ses observations lui a permis de formuler les conclusions suivantes :

La morsure de la vipère, en France, est une cause de mort plus fréquente qu'on ne le croit ; elle est des plus dangereuses pour les enfants.

La gravité de la morsure dépend du siége, ou mieux de l'importance des vaisseaux atteints, de l'âge du blessé, de la quantité du venin injecté.

Quand la morsure n'est pas mortelle, elle peut causer des accidents généraux d'une gravité variable et compromettre la santé pour un temps plus ou moins long.

Le traitement de la morsure doit être immédiat et les premiers soins, tels que succion, ligature du membre, cautérisation, devraient être vulgarisés.

MÉDECINE PRATIQUE

Travaux récents sur la vaccination.

Historique de la vaccination.— Valeur comparative de la vaccine Jennérienne et de la vaccination animale. — Vaccine et variolisation. — Transmission des maladies par la vaccine. — Procédés de récolte et de conserve du vaccin de génisse. — Eruptions vaccinales généralisées. — Dermatoses suscitées par la vaccination.

Comme nous le disions dans un précédent article, la vaccination, les moyens de la diffuser et de la rendre aussi efficace que possible doivent tenir une grande place dans les préoccupations des hygiénistes. Pour faire pendant au résumé que nous avons donné des travaux récents sur la variole, nous résumerons quelques-uns des plus importants que ces derniers temps aient vu paraître sur la vaccination.

I

Dans le remarquable livre que M. le Professeur Bouchard vient de publier sur la Thérapeutique des maladies infectieuses (1) on trouve quelques aperçus fort intéressants sur plusieurs points de l'histoire de la vaccine et la variolisation.

« Jenner avait remarqué qu'une maladie pustuleuse siégeant sur le pis de la vache, le cow-pox, se transmettait aux filles de ferme chargées de traire des vaches atteintes de ces pustules ; il avait remarqué aussi qu'une maladie spéciale au cheval, les *eaux-aux-jambes*, se communique aux mains des palefreniers, et que dans les fermes où des palefreniers passent de l'écurie à l'étable ils peuvent transporter la maladie du cheval à la vache chez laquelle elle se montre identique au cow-pox ; il avait remarqué enfin que, parmi ces gens des fermes qui avaient contracté les pustules caractéristiques en soignant les chevaux atteints des eaux-aux-jambes ou les vaches atteintes de cow-

(1) Thérapeutique des maladies infectieuses. Antisepsie. Paris, Savy, 1889.

pox, la variole ne se développe pas. C'est en partant de cette notion purement empirique, qu'il a réalisé en 1798 cette expérienco audacieuse, mais légitime, d'inoculer d'abord à une créature humaine lo liquide des pustules du cow-pox et quand celles-ci eurent évolué, d'inoculer le virus variolique lui-même, ainsi que cela se pratiquait couramment alors. Ayant fait cela, il a doté l'humanité d'une maladie de plus, la vaccine, qui est bénigne, mais il l'a préservée ainsi d'une maladio ancienne et redoutable, la variole.

Depuis quatre-vingt-dix ans que cette maladie nouvelle a été implantée dans le terrain humain, ce qui représente au bas mot 4700 transmissions d'homme à l'homme, la vaccine ne s'est pas modifiée, malgré qu'on en ait dit, et garde sensiblement le même pouvoir protecteur. Il est vrai que l'immunité qu'elle confère n'est pas absolue ; si chez certains individus elle peut durer toute la vie, chez d'autres au bout de vingt ans, dix ans, cinq ans, parfois au bout de quelques mois, l'organisme n'est plus assez impressionné par la vaccination antérieure et une nouvelle vaccination peut être suivie d'une nouvelle évolution de pustules vaccinales ; si l'individu, qui a cessé d'être préservé par le pouvoir du vaccin, prend la variole, c'est, il est vrai, d'ordinaire une variole atténuée, une varioloïde, mais ce n'en est pas moins une variole identique dans son essence à la variole la plus grave et la plus confluente.

Cette limitation dans le temps du pouvoir préservateur de la vaccine a fait penser qu'elle pouvait s'être atténuée par tant de transmissions successives d'homme à homme et l'on s'est inquiété de remonter de temps en temps à la source même, en allant prendre du vaccin sur des vaches chez lesquelles se serait développée naturellement la maladie pustuleuse qui chez l'homme devient la vaccine. L'ayant fait, on a constaté que le cow-pox spontané, transporté sur l'homme, donne lieu à des pustules vaccinales plus volumineuses, entourées d'une auréole inflammatoire plus marquée ; le virus paraît doué alors de propriétés phlogogènes plus intenses, les phénomènes locaux sont plus développés ; mais c'est là toute la différence entre le virus issu directement du cow-pox et celui qui a traversé l'organisme humain. Rien ne prouve que le pouvoir préservateur du premier soit plus grand.

Nous savons, d'autre part que, si on transporte la vaccine de l'homme à la génisse et qu'on la rapporte de celle-ci à l'homme, elle ne donne pas pour cela de différences sensibles et touchant au fond des choses, qu'elle n'a pas puisé dans l'organisme de la vache une activité phlogogène plus grande, ni une vertu préservative plus considérable. Inoculer la vache avec le vaccin humain, puis puiser ce vaccin chez la vache pour inoculer l'homme, c'est une pratique qui tend à se développer ; elle constitue un procédé de vaccination qui a été introduit en France par Palasciano en 1864, mais qui était déjà en usage à Naples depuis longtemps. On a été conduit à préférer ce procédé par le désir d'éviter de communiquer en même temps que la vaccine certaines maladies spéciales à l'homme, la syphilis surtout qui, transmise par l'acte de la vaccination, a donné lieu à certaines époques à de véritables épidémies sur des enfants ou des soldats. Cette crainte de la transmission de la syphilis par le vaccin puisé chez l'homme est parfaitement justifiée et rend légitime l'adoption du procédé qui consiste à vacciner exclusivement avec du vaccin pris sur la génisse.

Outre la sécurité contre la syphilis, ce procédé donne-t-il d'autres avantages ? Est-il utile par exemple, pour éviter de communiquer la tuberculose ? Rien ne prouve que jamais on ait donné cette maladie par la vaccination d'homme à homme ; mais on peut concevoir que cet accident arrive ; nous savons que des bacilles de Koch peuvent circuler de temps en temps dans le sang. Il se peut donc faire que quelques-uns arrivent à se mélanger à la lymphe vaccinale. On ne peut nier la possibilité théorique du fait ; mais en réalité M. Straus n'a jamais trouvé de bacilles dans la lymphe vaccinale, prise sur des tuberculeux ; les animaux les plus sensiblos à la tuberculose, inoculés avec du vaccin de tuberculeux, n'ont pu être infectés. Ces expériences sont assurément rassurantes, mais on sait qu'il y a presque toujours des traces de sang mêlées à l'humeur vaccinale, et l'on sait également que parfois le sang des tuberculeux est virulent. Sans être pusillanime, on aimerait pouvoir aller puiser son vaccin à une source non tuberculisable. La vache ne nous donne pas cette garantie ; elle nous la donne même moins que l'homme. Il est vrai que les jeunes génisses sont rarement tuberculeuses. D'ailleurs, rien ne s'opposerait à ce que l'animal vaccinifère fût abattu et que ses pustules ne fussent utilisées qu'après constatation de l'intégrité de ses organes.

Il serait peut-être plus naturel de redouter la transmission du charbon par le vaccin de génisse ; car c'est là une maladie à laquelle sont exposées également les vaches de tout âge. Mais, quand un animal est atteint du charbon, il est impossible de ne pas s'en apercevoir promptement, et on ne vaccine jamais qu'avec la lymphe d'animaux parfaitement bien portants. En tout cas, aucun fait n'existe qui puisse faire penser qu'on ait jamais donné le charbon par la vaccination.

En revanche, des septicémies ont certainement été produites par l'inoculation de lymphe prise même dans des pustules bien vivantes, mais déjà suppurées ; plus souvent, il est vrai, ces accidents septicémiques sont apparus après inoculation de vaccin pris dans des pustules excisées depuis quelque temps et transportées à distance. La putréfaction s'était déjà développée dans ces pustules mortes et c'est aux germes putrides inoculés en même temps que le vaccin qu'il est naturel d'attribuer les accidents septiques. Il y a donc lieu de renoncer absolument à cette pratique de l'envoi à distance de pustules excisées.

La singulière propriété que possède la vaccine de conférer une double immunité, contre elle-même et contre la variole, a fait croire à quelques médecins que le cow-pox n'était que la variole modifiée. Si ce raisonnement a pu paraître spécieux, la preuve péremptoire de sa fausseté a été donnée par M. Chauveau, auquel nous devons tant d'expériences si remarquables sur la variole et la vaccine. D'une part, il a inoculé la variole à la vache, au cheval et a constaté que la maladie développée chez ces animaux ne se comportait pas comme la vaccine ; de plus, il a constaté que ce virus varioleux repris chez l'animal et inoculé de nouveau à l'homme donnait à ce dernier la variole et non la vaccine. D'autre part, M. Chauveau inocule la vaccine à la vache et au cheval, il voit se développer aux points d'inoculation l'éruption vaccinale locale ; le contenu de ces pustules ino-

culé à l'homme donne lieu à d'autres pustules vaccinales légitimes. Ces expériences ne laissent donc subsister aucun doute sur l'existence distincte et complétement indépendante des deux maladies, variole et vaccine, qui ne se confondent pas, ne se transforment pas, malgré le passage d'une espèce animale dans une autre.

Si chez un animal, au lieu d'insérer le vaccin sous l'épiderme, on l'introduit par injection dans un tronc lymphatique, il ne se développe pas de pustules au point d'introduction, mais il se déclare une maladie éruptive générale qui ressemble en quelque chose à la variole ; on voit des éléments éruptifs sur la peau, sur certains points des muqueuses, les naseaux par exemple. Mais ce n'est pas la variole ; le virus puisé dans ces pustules développe chez l'homme des pustules vaccinales aux points d'inoculation. Des faits semblables d'éruption générale de vaccin peuvent se produire chez l'homme, rarement sans doute ; Jenner les connaissait déjà ; on les avait même exploités contre lui, l'accusant d'avoir, dans ces cas, donné une variole par la vaccination.....

Il résulte d'observations déjà anciennes de Sacco, Viborg, Jenner, Spinola, Trasbot, que la vaccine préserve contre la maladie des jeunes chiens. On a nié, il est vrai, le fait ; on a cité des faits contradictoires ; mais la variole même ne se développe-t-elle pas quelquefois chez des individus vaccinés ? M. Trasbot a fait récemment des expériences confirmatives de celles qu'il avait citées antérieurement. Il vaccine un animal qui est dans des conditions d'âge à contracter la maladie des jeunes chiens, puis il le place dans la même niche et le fait vivre en communauté absolue avec d'autres jeunes chiens malades ; le chien vacciné reste indemne.......

Avant Jenner on inoculait le virus varioleux naturel, non atténué. On a pratiqué l'inoculation de la variole bien avant lady Montagu. Cela se faisait en Chine de temps immémorial. Cette pratique existait en Scandinavie, dans certaines provinces d'Allemagne, dans certaines contrées d'Angleterre et dans notre Algérie où elle existe encore à l'état de pratique courante parmi les indigènes ; c'est même la persistance de cette coutume qui empêche qu'on ne déracine la variole de ce pays. En inoculant la maladie elle-même, on l'empêche de disparaître ; on répand ainsi partout le virus qui n'est aucunement atténué et se propage non seulement par contact immédiat, mais à distance. Nous n'arrivons pas à acclimater la vaccine en Algérie parce que l'Arabe se variolise lui-même par tradition ; ce n'est pas nous qui lui avons enseigné cette pratique, c'est lui qui l'a apportée d'Orient et qui l'a introduite dans le pays.

Le triomphe définitif de la vaccine sur la variolisation dans la plupart des pays civilisés a fait oublier quelque peu la façon dont cette ancienne pratique agissait pour préserver contre les atteintes graves de la variole. Beaucoup s'imaginent à tort que cette inoculation de la variole agissait à la façon de la vaccine. Et cependant les différences entre les effets des deux pratiques sont essentielles. La vaccine naît d'une érosion superficielle du tégument qui se trouve contaminée par le virus. La variole naturelle, spontanée n'est pas le résultat de l'entrée du virus par effraction des téguments. L'infection ordinaire se fait probablement par les voies respiratoires, sans effraction, par pénétration du virus à travers l'épithélium intact. Quand on pratiquait l'inoculation préventive, que se passait-il ? Après une incubation de 4 à 5 jours, une pustule apparaissait au niveau de chaque piqûre d'inoculation, sans autre manifestation que ces phénomènes locaux ; puis, après une nouvelle incubation d'environ 7 jours, apparaissait une éruption généralisée. Alors on constatait de la fièvre, les accidents généraux d'une variole ordinaire, seulement moins grave, moins confluente ; quelquefois cependant on enregistrait des cas graves et mortels. Car il n'y avait pas d'atténuation du virus inoculé ; c'était le virus même de la variole ; ce qui était atténué, c'était la maladie. Et pourquoi ? Parce qu'on l'obligeait à subir ces deux étapes successives, à évoluer en deux temps, après deux périodes d'incubation. Après la première, se montrait une variole en quelque sorte locale, qui vaccinait un peu l'économie contre la deuxième phase de la maladie. On arrivait ainsi à accoutumer graduellement l'organisme à lutter contre l'agent infectieux, en détournant celui-ci par un artifice d'inoculation de sa voie d'entrée naturelle et de sa généralisation d'emblée.

Les choses se passent ainsi même en dehors de notre intervention. Quand le virus variolique pénètre directement dans la circulation générale, sans étape préalable, comme c'est le cas pour la variole du fœtus, il en résulte pour lui une maladie presque nécessairement mortelle ; la variole est déjà moins grave quand elle pénètre, comme dans les conditions ordinaires, par les voies respiratoires, filtrée en quelque sorte à travers le poumon. Eh bien ! elle est moins grave encore lorsqu'elle pénètre par effraction du tégument, comme cela se passe dans l'inoculation. Nous créons un foyer morbide local, d'où le virus ne se diffuse que lentement dans l'économie en donnant à celle-ci le temps de se préparer pour la résistance.

Quelque chose d'analogue se passe pour la syphilis. Dans la syphilis contractée, comme c'est le cas ordinaire, par contact d'un point érodé de notre enveloppe avec le virus, une longue incubation de 20 à 30 jours précède l'apparition du phénomène local, le chancre. Alors commence une deuxième incubation plus longue encore, de 36 à 40 jours, après laquelle se montre la maladie générale. Dans le cas au contraire où les accidents syphilitiques généraux éclatent d'emblée sans avoir été précédés d'un accident local, comme cela est dans la syphilis fœtale, par suite de la pénétration directe du virus dans le sang de l'enfant, combien les manifestations sont plus graves et plus rapidement graves !

Voilà comment on peut concevoir les différences incontestables qui existent dans la gravité des maladies infectieuses, suivant que leurs agents pathogènes ont d'un seul coup envahi tout l'organisme, ou qu'ils ont dû subir une sorte de stage à la périphérie avant de se diffuser dans son intimité.

II

On trouve dans un excellent manuel (1) de M. le Dr Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, de précieux renseignements sur les services que rend la vaccination animale, et les procédés de conservation du vaccin de génisse.

(1) Manuel pratique de vaccination animale. Paris, Doin, 1886.

« La pénurie du vaccin humain se fait trop souvent sentir, dit notre distingué confrère, et parfois dans des circonstances où elle peut être particulièrement dangereuse. Dans les petits centres de population, les campagnes, souvent aussi les villes, les vaccinations sont généralement suspendues du mois de novembre au mois de mai. Pendant cette période de l'année il est presque impossible de trouver du vaccin. Le possédât-on, il serait encore malaisé de se procurer des enfants pour l'entretenir, en raison de ce préjugé tenace qu'il est dangereux d'inoculer les jeunes sujets pendant la saison froide. D'autre part, nombre de familles éprouvent une vive répugnance à laisser leurs enfants servir de vaccinifère. Que, dans ces conditions, surgisse une épidémie de variole et par suite l'impérieuse nécessité de pratiquer des vaccinations ou des revaccinations sur un grand nombre de sujets, le danger est pressant et la prophylaxie difficile ou imparfaite en raison des difficultés que l'on rencontre. Avec la vaccination animale, tous ces inconvénients disparaissent.

Mise en pratique pour la première fois par Negri de Naples, vers 1840, la vaccination animale a tout d'abord été lente à faire son chemin, et c'est seulement 24 ans plus tard qu'elle s'introduit en France, importée par Lanoix. Accueillie avec indifférence elle eut encore à lutter, dès le début, contre les critiques et les préventions ; mais, sous les auspices de Depaul, grâce à ses plaidoyers, son patronage incessant et aux expériences entreprises à son instigation dans les locaux de l'Académie de médecine, elle put enfin s'implanter. Un premier centre de vaccination animale fut alors créé à Paris par Lanoix et Chambon. Bientôt il devint l'origine des Instituts vaccinogènes fondés en Belgique par Warlomont et en Allemagne par Pissin. En Italie, les comités de ce genre se multiplièrent rapidement. La Hollande, la Russie, la Suisse, l'Espagne, etc., entrèrent dans la même voie. Partout la nouvelle méthode a pénétré et s'est fait accepter avec une faveur chaque jour plus grande. Aujourd'hui, surtout à l'étranger, elle est d'un usage presque général et souvent exclusif. En France, ses progrès ont été moins rapides. Cependant, de nombreuses villes possèdent ou installent des établissements spéciaux où le cow-pox est constamment entretenu. L'armée tend de plus en plus à substituer le vaccin animal au vaccin humain dans ses revaccinations obligatoires....

Rien ne vaut mieux pour la vaccination humaine que le vaccin frais transporté directement de la génisse au bras des sujets ; mais, quand on n'est pas dans un centre pourvu d'un Institut vaccinal, on peut se servir avec presque autant de confiance et de chances de succès du vaccin de conserve.

Caractères différentiels entre le vaccin humain et le vaccin de génisse. Procédés de récolte et de conserve du vaccin animal.

L'éruption vaccinale est plus précoce chez la génisse que chez l'enfant. Son évolution est plus rapide, et c'est au 5e ou 6e jour qu'elle présente son état parfait, tandis que le bouton de l'enfant n'atteint guère sa maturité complète avant le 7e jour et quelquefois le 8e.

La lymphe vaccinale fournie par la génisse diffère à quelques égards de celle que l'on recueille chez l'enfant. L'une, celle de l'enfant, reste fluide à sa sortie du bouton et ne tend guère à s'épaissir ; incluse dans un tube, elle ne s'y coagule pas. L'autre, au contraire, possède une plasticité remarquable et une grande tendance à la coagulation.

Aussi, pour récolter le vaccin humain, peut-on se servir de tubes capillaires cylindriques ou renflés à leur milieu dont on plonge une des fines extrémités dans le liquide collecté à la surface du bouton. Sous l'influence de la capillarité, la lymphe remplit rapidement le tube. D'autre part, le vaccin humain ne se coagulant pas, il est toujours aisé, pour les besoins ultérieurs, de vider le petit réservoir de son contenu.— La récolte du vaccin de génisse nécessite un manuel opératoire différent. Au lieu d'un tube capillaire on emploie un tube cylindrique, long de six à huit centimètres et large de deux millimétres, terminé par des extrémités effilées sans être toutefois capillaires. L'une de ces extrémités est plongée dans le liquide à recueillir ; celui-ci pénètre facilement surtout si l'on donne au tube une position déclive propre à favoriser l'aspiration par l'action de la pesanteur et si l'on a soin aussi d'écarter avec une aiguille la couche fibrineuse qui épaissit la lymphe. Huit ou dix minutes sont nécessaires pour emplir ce tube... Souvent il arrive que le liquide cesse brusquement de pénétrer à cause de coagulations fibrineuses filiformes qui obstruent l'extrémité effilée. Il suffit alors d'introduire dans le tube, par l'extrémité obturée, un crin de cheval qui repousse le coagulum vers la partie large du réservoir ou l'entraîne avec lui quand on le retire. Le tube étant rempli, un caillot fibrineux ne tarde pas à se former, enserrant dans ses mailles les débris épithéliaux et les globules sanguins qui se mélangent très souvent à la lymphe ; aussi se présente-t-il d'habitude avec une coloration rosée ou rougeâtre. Aprés une heure ou deux, le coagulum est achevé et flotte au milieu d'une lymphe parfaitement claire et limpide. A ce moment, d'un trait de lime on divise le tube dans sa partie large et on en verse le contenu dans un verre de montre. Il est alors facile, à l'aide d'une aiguille, de séparer et d'enlever le caillot et les débris fibrineux flottants au milieu du liquide. On obtient ainsi un vaccin transparent, très fluide, privé désormais de ses principes coagulants et que l'on peut en toute sécurité introduire dans les tubes les plus capillaires, qu'on ferme à la lampe ou en le plongeant dans une bougie formée de 3 parties de paraffine et d'une partie de suif (Chambon).

Les caillots fibrineux contiennent aussi une proportion notable d'éléments virulents. Aussi peuvent-ils être encore utilisés pour la préparation d'une pulpe ou électuaire vaccinal.

La *lymphe vaccinale en tubes* employée dans de bonnes conditions, c'est-à-dire peu de temps aprés la récolte, donne des résultats tout aussi certains et aussi satisfaisants que la lymphe directement empruntée à la pulpe. Mais sa conservation a une durée limitée. Au bout de 15 à 20 jours l'activité du vaccin en tube commence déjà à décroître, devient incertaine et fréquemment disparaît après 4 ou 6 semaines. Cependant, M. Vaillard a eu de très beaux résultats sur des enfants avec du vaccin conservé en tubes depuis trois mois. Ciaudo a remarqué que pour vacciner

des génisses le vaccin en tube conserve son efficacité après 4 et même 6 mois.

Pour empêcher le vaccin de se putréfier dans les tubes, la glycérine absolument pure et neutre a été ajoutée en très petite quantité par Warlomont, une goutte ou deux dans le verre de montre où l'on opère la séparation des caillots et de la lymphe avant l'emplissage des tubes. — On peut encore ajouter à la lymphe vaccinale, sans lui faire perdre ses qualités, une substance antiseptique : quantité égale d'une solution d'acide salicylique à 1/3 p. 100, d'une solution d'acide phénique de 1 à 3 p. 100, d'acide borique à 3 p. 100, de thymol, de sublimé à 1 p. 1000. Le vaccin ainsi dilué doit être inoculé en plus grande quantité par les piqûres ou mieux à l'aide des scarifications.

On n'emploie plus guère, pour conserver le vaccin, les pointes d'ivoires de Warlomont.

Mais le vaccin est encore conservé sous forme de *pulpe* ou de *pommade*, qu'on obtient en triturant le contenu demi-solide des boutons dans un mortier avec un excipient comme la glycérine, suivant divers procédés du comité de Milan (Ciaudo), de Pissin (Leipsig), de Pfeiffer (Weimar), de Warlomont, de l'Etablissement municipal de Lyon.

Enfin, à la méthode précédente tend à se substituer la conservation du *vaccin en poudre* (pulpe desséchée). Au moment d'employer cette poudre, on la dépose dans un verre de montre avec une quantité égale d'eau glycérinée. Il faut, pour que le mélange soit bien homogène, laisser pendant 4 à 5 minutes la poudre se gonfler et s'imbiber spontanément, puis brasser le tout.

III

M. le Dr H. Dauchez, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté, a étudié avec grand soin les *éruptions vaccinales généralisées* (vaccinides) et quelques *dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination*. Il est arrivé aux conclusions générales suivantes :

Le vaccin, par sa diffusion rapide dans l'économie au moment d'une première vaccination, fait surgir chez quelques sujets et particulièrement chez certains enfants porteurs de lésions exulcéreuses de la peau (eczéma, impetigo), des éruptions vaccinales secondaires d'aspect variable.

Ces éruptions, en apparence assez semblables à celles que produit la variole inoculée, s'en distinguent pourtant par les caractères suivants : incubation plus courte que la variole (sauf l'éruption vaccinale par auto-inoculation). Absence des symptômes généraux (rachialgie, vomissements, diarrhée, fièvre modérée). Evolution rapide des pustules vaccinales, absence de contagion, innocuité de ces éruptions bien différentes de la variolisation même atténuée (Blot).

Enfin, résultats positifs fournis par l'inoculation des pustules vaccinales surnuméraires. Ce dernier moyen de contrôle ne peut être et ne doit être utilisé qu'après un diagnostic rigoureusement établi.

La période fébrile de la vaccine se complique chez certains sujets d'éruptions secondaires, survenant en général du 7e au 11e jour de la vaccine. Les unes (vaccine généralisée), pouvant être inoculées, sont constituées par des pustules surnuméraires irrégulièrement distribuées à la surface du corps. Les autres sont liées à l'excitation de la peau par l'action virulente du vaccin (les principaux types sont : la roséole vaccinale, les éruptions miliaires, pemphigoïdes, eczémateuses et purpuriques) ; ces modalités éruptives sont probablement l'indice de la perturbation causée dans l'organisme par l'arrivée d'un virus étranger.

En 1882, notre ami et excellent collègue du *Concours médical*, le Dr Rigabert, communiquait au Congrès de la Rochelle deux faits extrêmement curieux qui semblent à première lecture donner un démenti à la nature vaccinale des éruptions secondaires, mais qui, bien au contraire, viennent la confirmer et démontrer du même coup l'idiosyncrasie native de certains sujets.

En relisant les observations du Dr Rigabert, on voit, d'une part, la susceptibilité individuelle éveiller chez deux enfants une éruption vaccinale anormale, alors que la même inoculation répétée sur d'autres enfants du même âge, ne fournit que des éruptions vaccinales locales et parfaitement régulières.

La note de M. Rigabert est relative à deux cas de pustulation vaccinale généralisée (1). Les éruptions vaccinales spontanées peuvent être primitives et se développer simultanément avec les boutons de vaccine, ou bien être consécutives et évoluer à une époque plus reculée, souvent du neuvième au onzième jour.

Les deux cas qui font l'objet de la communication de M. Rigabert se rapportent à la dernière partie de cette proposition. — Observation IV. Dans les premiers jours de mai 1889, M. Rigabert prit du vaccin, à Rochefort, sur un enfant parfaitement sain. Le lendemain, il vaccinait une petite fille de 9 mois, à ce moment en très bonne santé. Pendant la période d'état d'éruption vaccinale, du cinquième au onzième jour, la fièvre fut très forte et les pustules énormes. Vers le onzième jour, il prit du vaccin pour un de ses petits voisins âgé de 17 mois. Le lendemain de cette vaccination, la fièvre se déclare de nouveau chez le premier enfant. Le corps se couvrit de taches rouges qui se changèrent bientôt en pustules vaccinales dont la marche et les caractères furent en tout semblables à ceux des boutons du vaccin primitif. — Observation V. M. Rigabert vient de dire qu'au onzième jour il avait vacciné un second enfant, avec le vaccin du premier, avant l'éruption vaccinale secondaire. Chez ce dernier, sur six piqûres, une seule devint le siège d'une pustule vaccinale. Il y eut peu de réaction fébrile. Mais, au douzième jour, la fièvre s'alluma subitement, la peau se couvrit de taches rouges qui devinrent également le siège de pustules vaccinales, quoique moins nombreuses que dans le premier cas.

M. Rigabert fut vivement frappé par ces deux faits, d'autant plus que le vaccin pris à Rochefort lui avait servi à vacciner d'autres enfants de la ville, le jour où il le recueillit ; chez tous ces enfants, la marche de la vaccine fut très normale. M. Rigabert exprime le regret de n'avoir pas vacciné un troisième enfant, avec le vaccin du deuxième, afin de constater s'il y avait de la spécificité dans ce virus vaccinal.

Les éruptions de vaccine généralisée (vaccine surnuméraire inoculable) résultent parfois d'une inoculation accidentelle, soit par l'action des on-

(1) Gazette des hopitaux, 1882.

gles, soit par une piqûre surnuméraire et inconsciente ; elles paraissent aussi quelquefois spontanément et conservent les allures d'une fièvre éruptive.

Dans le premier cas, les pustules surnuméraires, quelquefois satellites de l'éruption locale, paraissent du 12e au 15e jour. Dans le second, elles sont contemporaines de l'éruption locale, dont elles suivent exactement la marche.

Ces éruptions, toujours bénignes, malgré les symptômes alarmants et les conséquences fâcheuses, telles que cicatrices de la face, qui peuvent parfois résulter de la confluence des pustules, imposent au médecin des obligations différentes suivant l'époque à laquelle elles se présentent : 1° en temps d'épidémie variolique, vacciner quand même les sujets atteints d'eczéma en s'éloignant le plus possible des parties malades, en pratiquant une seule piqûre, aussitôt après recouverte d'un pansement occlusif avec de l'ouate ou un verre de montre fixé par une plaque de diachylon perforé ; 2° en toute autre circonstance, attendre la fin de l'eczéma.

La roséole vaccinale (érythème vaccinal roséolique moniliforme), ou papuleuse (érythème ortié des Allemands) est apyrétique, paraît du 8e au 11e jour, sans fièvre, sans catarrhe des muqueuses, dure de 1 à 3 jours, paraît sous forme de poussées successives, n'est pas contagieuse, s'éteint sur place sans desquamer. On devra toujours distinguer avec soin ces efflorescences cutanées, véritables rashs vaccinaux, de la rougeole, des érythèmes médicamenteux (chloral, morphine, belladone) et des éruptions dentaires; ils se rapprochent des érythèmes des toxi-infections (variole, diphthérie, choléra, ictère grave, etc.).

La miliaire vaccinale, beaucoup plus rare, ne se distingue par aucun caractère anatomique des éruptions miliaires de cause interne. Elle survient également du 8e au 11e jour. Son pronostic est bénin. On la distinguera d'une variole au début par l'absence de signes généraux.

Le pemphigus vient parfois troubler la marche de la vaccine ; deux cas peuvent se présenter : tantôt l'éruption locale est phlycténoïde par fusion des trois pustules vaccinales, tantôt il se produit sur toute la surface du corps une éruption pemphigoïde parfois hémorrhagique, débutant par le bras pour s'étendre ensuite partout. Cet accident s'observant surtout chez les cachectiques (tuberculeux, etc.), et chez les brightiques, on devra chez ces malades se borner à faire une seule piqûre à chaque bras, très superficielle. Si l'on est obligé d'en faire deux ou trois, on les distancera le plus possible. La miliaire et le pemphigus sont peut-être des phénomènes réflexes, sympathiques de la pénétration du virus dans l'économie, ou bien traduisant une sorte de réaction de l'organisme, cherchant à éliminer le virus comme dans l'intoxication par les moules ou, comme dans le kyste hydatique, se vidant dans le péritoine et étant résorbé.

Doit-on rattacher à la vaccine certaines poussées d'eczéma parues d'abord au bras, vers le dixième jour, et s'étendant ensuite à toute la surface du corps, chez des enfants nouvellement vaccinés et jusque-là indemnes de toute éruption de cette nature ? Nous n'oserions encore l'affirmer, en raison de la rareté du fait qui demande à être soigneusement étudié.

L'hémophilie prédispose parfois pendant la période vaccinale aux éruptions de purpura considérées par les auteurs, soit comme une conséquence de traumatisme, soit comme une variété de purpura fébrile aigu. Le purpura fébrile vaccinal est exceptionnel, c'est une forme de vaccine hémorrhagique analogue à la variole hémorrhagique.

Les *accidents cutanés* qu'on observe parfois *après la vaccination animale*, leur nature, les moyens pratiques de les éviter ont été étudiés avec un soin spécial par M. P. Pourquier, directeur de l'Institut vaccinal de Montpellier, qui a lu sur ce sujet un important mémoire à la Société de médecine publique (octobre 1888).

Le comité d'hygiène de Berlin s'était inquiété beaucoup au commencement de l'année dernière d'une grande quantité d'accidents cutanés, d'éruptions contagieuses, dont quelques-unes suivies de mort qui avaient été déterminées en 1887 par des vaccinations faites avec la lymphe vaccinale de l'Institut du Dr Protze, à Eberfeld.

Les accidents consistaient en une efflorescence qui se montrait autour des points vaccinés, s'irradiait vers le bras, le tronc, les membres, franchissant de grands espaces de peau saine, transportée qu'elle était évidemment par les doigts des enfants qui se grattaient.

Le début se faisait par des vésicules dont le contenu rapidement trouble se répandait après la rupture, se desséchait en croûtes de mauvaise apparence qui laissaient après elles pendant longtemps des surfaces rougeâtres. Il existait de l'adénopathie.

L'altération de l'état général ne consistait guère qu'en agitation, insomnie et perte d'appétit. Cependant, quelques enfants malingres succombèrent. Une éruption du même genre avait été observée à Clèves par le Dr Witow en 1885, et qualifiée d'impétigo contagiosa. Le Dr Echiloff et le Dr Protze pensent que ces accidents cutanés consécutifs à la vaccination ne sont pas l'impétigo, mais l'herpès tonsurant vésiculaire ; ces médecins disent avoir observé dans diverses préparations faites avec le contenu des pustules des enfants le trychophyton tonsurans. Protze allègue que l'herpès tonsurant sévit dans bon nombre de localités sur le bétail, envahit alors tous les animaux d'une étable, les plaques d'herpès apparaissant sur la peau des veaux sous forme de surfaces rondes dépourvues de poils ou pourvues de poils cassés. Le parasite de l'herpès aurait donc pu pénétrer dans les pustules vaccinales de l'animal vaccinifère pour être ensuite inoculé aux enfants avec le vaccin.

Le Dr Pourquier estime que le Dr Protze n'est pas dans le vrai, en pensant qu'il s'agit dans ces cas d'une dermatose venant s'ajouter au vaccin, se transmettant par lui et se développant après la vaccination. D'après notre compatriote, il s'agit d'une altération des pustules d'origine elles-mêmes par un microbe spécial qui les fait dégénérer; les éruptions qu'on observe chez les enfants vaccinés coïncident avec des altérations des pustules d'origine. Le microbe incriminé a été étudié par M. Pourquier sous le nom de *parasite du cow-pox* (Académie des Sciences 1888). En outre, le trichophyton tonsurans introduit expérimentalement dans les pustules vaccinales n'a jamais provoqué l'apparition de pustules présentant les altérations observées.

D'où venait le parasite ? Des expériences démontrèrent qu'il arrivait par l'eau servant à laver le champ vaccinal des génisses et leurs couvertures.

Depuis que M. Pourquier a fait cette découverte, il a inauguré un système prophylactique basé sur l'asepsie et l'antisepsie : lotion au sublimé où à l'acide phénique de la surface vaccinifère avant et après la vaccination, désinfection des couvertures des animaux à l'étuve ou à l'eau bouillante, usage constant d'eau bouillie, entretien méticuleux des instruments. Grâce à ces moyens, les pustules vaccinales ne sont plus envahies par le parasite et la lymphe inoculée aux enfants ne provoque plus d'accidents cutanés.

P. LE GENDRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A propos d'un procès d'assises.

Un docteur en médecine est venu s'asseoir il y a quelques jours sur le banc de la Cour d'assises du Rhône pour répondre du crime de concussion dans l'exercice de ses fonctions de médecin-inspecteur de la première enfance et a été condamné à six mois de prison. Nous nous garderions d'augmenter le retentissement que la grande presse a donné à ce procès fertile en dessous politiques, si les détails révélés par les débats sur la biographie de l'accusé n'avaient mis au jour des particularités relatives à l'exercice de la médecine en France qui intéressent directement tous nos lecteurs.

Nous avons ainsi appris qu'un préfet peut autoriser à exercer la médecine dans son département (sans l'excuse d'une épidémie ou d'un cas analogue de force majeure) un individu dénué de tout acte de scolarité médicale, possessseur d'un diplôme de l'Université de Philadelphie (agence générale pour l'Europe à Jersey, coût 300 fr.) et rayé par la Commission de revision des grades des cadres de la médecine militaire où les besoins urgents de 1870 l'avaient transitoirement introduit par un examen sommaire.

Nous avons appris que les portes d'entrée des deux grades de médecins sont soigneusement gardées ; il faut, sans aucune exception, *avoir* le certificat de grammaire pour être officier de santé, *avoir* les diplômes des baccalauréats ès-lettres et ès-sciences pour être docteur : aussi le ministère a-t-il toujours tenu la main à la remise de ces pièces..., même au docteur de Philadelphie en question qui lui en avait fait la demande sans avoir le temps d'en préparer les examens. Enfin, il continue à être de toute nécessité pour le grade de docteur d'*avoir* 16 inscriptions ; les règlements universitaires disent même qu'il faut les *prendre*, mais nous pouvons exiger la revision de cette formule vicieuse, car nous apprenons, toujours à la même source, que le ministère en a *donné* 14 en bloc au même candidat.

Est-il nécessaire de pousser les choses au noir pour déduire de ces détails édifiants une preuve péremptoire de l'indifférence des pouvoirs publics pour les conditions premières de vitalité de notre profession ? N'est-ce pas ravaler de parti pris le niveau de la médecine française que d'en ouvrir l'entrée à des individualités interlopes, et nos gouvernants chercheraient-ils ainsi à excuser leur inertie dans la répression de l'exercice illégal d'une profession où la dignité est indispensable pour justifier le monopole que la loi lui concède ?

Dans ces conditions, sachons ne compter que sur nous-mêmes pour faire notre police et serrons nos rangs d'assez près pour que tout empirique, même diplômé, soit laissé à sa véritable place dans les cadres de notre profession ; les détails révélés dans le cours du procès en question nous apprennent qu'il nous reste encore bien à faire dans cet ordre d'idées. Si l'on peut plaider les circonstances atténuantes en faveur des administrateurs et des bureaucrates qui ignorent et méprisent par métier les choses scientifiques, comment juger les centres universitaires qui absolvent ces procédés inqualifiables par la facilité de leurs examens ? Et les Sociétés et Associations médicales, scientifiques ou charitables, qui constituent les gardiennes naturelles de notre honneur, ne devraient-elles pas soumettre à une enquête approfondie quiconque leur présente la coopération de sa plume ou de sa bourse et s'assurer qu'elles ont affaire, non seulement à un *dicendi peritus*, mais aussi à un *vir bonus* ?

(*Lyon médical.*)

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical des Basses-Cévennes.

Séance du 24 novembre 1888.

Sont réunis à Ganges (Hérault), sous la présidence de M. le Dr Mazel, les membres du Syndicat dont les noms suivent : Bourguet.— Galtier. — Dumas.— Prine.— Bourras.— Maquet.— Bouté.— Teissonnière.— Rocheblanc.— Cambassédès.

Absents : MM. les Drs Beau.— Perrier.— Quatrefages.— Jacob.— Bentkowski.— Taron.— Claron.

M. le Dr Auphan, président de la Société locale d'Alais et M. le Dr Perrier, président de la Société des médecins de Nîmes, invités à cette réunion, sont présentés à l'assemblée par M. le président qui lit les lettres d'excuses de M. le professeur agrégé Pécholier, président honoraire du Syndicat médical des Basses-Cévennes, de M. le Dr Auquier, ancien président : de M. le professeur Jaumes, président de la Société des médecins de l'Hérault et de M. le professeur-agrégé Mossé, secrétaire général de la même société, empêchés pour divers motifs de se rendre à la cordiale invitation qui leur avait été adressée.

M. le président Mazel prononce l'allocution suivante :

Messieurs et très honorés confrères,

Excusez-moi d'avoir hâté l'heure de notre réunion et de vous avoir ainsi privés de la causerie non dépourvue de charmes qui la précède ; notre ordre du jour est très chargé et cependant j'ai à cœur de l'épuiser.

Mais, si pressés que nous soyons, je ne puis manquer au devoir d'adresser à nos invités quelques paroles de bienvenue.

Chers confrères, je suis l'organe du Syndicat en vous disant : soyez les bienvenus ! nous vous remercions doublement ; d'abord pour être venus. Votre présence au milieu de nous, nous récon-

forte et nous grandit. Nous n'oublions pas que sous un nom nouveau, nous ne sommes que vos cadets. Et voilà pourquoi nous vous avons demandé ce que les aînés leur doivent toujours : secours et protection. A ce devoir vous n'avez pas manqué dans la récente campagne que le syndicat s'applaudit d'avoir entreprise. C'est le second titre que vous aviez à nos remerciements et à notre reconnaissance.

Dans notre réunion extraordinaire du mois d'août, vous avez, à la demande de M. le préfet du Gard, examiné le projet d'organisation d'un service gratuit de vaccinations et de revaccinations dans toutes les communes du département. Ce service devait être confié aux médecins-inspecteurs de la protection du 1er âge avec une rémunération de 50 centimes pour chaque vaccination ou revaccination.

Par une délibération soigneusement motivée, vous avez exprimé à l'unanimité le regret de ne pouvoir adhérer au projet spécifié dans la circulaire préfectorale du 12 juin dernier. Mais vous ne vous êtes pas bornés à un rejet pur et simple, vous avez présenté un contre-projet empreint de modération, vous permettant de sauvegarder dans une certaine mesure vos légitimes intérêts, tout en restant fidèles aux traditions de dévouement qui sont l'honneur et le seul patrimoine du corps médical.

Ce contre-projet, vous avez chargé votre bureau d'en expédier une copie à M. le Préfet en même temps qu'à nos confrères de la Société de médecine de Nîmes et de l'association d'Alais. Nos confrères, bien que désintéressés dans la question, puisque l'organisation projetée ne les concernait pas, ont bien voulu nous faire l'honneur de s'en saisir et d'en délibérer. Les uns et les autres ont approuvé notre décision et pris des résolutions conformes.

Je vous propose de charger votre secrétaire de leur transmettre les remerciements les plus vifs du syndicat pour cet acte de bonne confraternité et de solidarité qui n'est que de la confraternité en action, pour cette main-forte prêtée à notre résistance.

De M. le Préfet, je n'avais encore rien reçu jusqu'au 7 novembre courant, et j'étais réduit aux conjectures, quand on m'a remis, le 9, un pli m'invitant en qualité de président du syndicat des Basses-Cévennes, à assister à la réunion du Conseil central d'hygiène fixée au 10 novembre.

Je crus indispensable d'accepter l'invitation, quelque onéreuse qu'elle pût être pour moi, et j'eus un moment l'espoir d'avoir à mes côtés pour me seconder notre sympathique secrétaire ; mais cet espoir ne dura qu'un instant : en prenant séance, M. le Préfet informa le Conseil que M. le Dr Cambassédès, retenu par ses devoirs professionnels, s'était excusé.

Quelle que soit l'importance de ce dernier épisode, il ne me paraît pas indispensable de vous présenter un compte rendu détaillé de la séance. Je me bornerai donc à la résumer dans les grandes lignes et à en marquer les principaux traits.

M. le Préfet préside ; le secrétaire donne lecture d'un volumineux rapport faisant l'historique de la question et dans lequel figurent tout au long à titre de documents officiels : 1° la circulaire préfectorale du 12 juin dernier ; 2° la lettre autographiée en date du 29 ; 3° la réponse que votre président eut l'honneur de lui adresser en son nom personnel ; 4° la lettre manuscrite en date du 29 juillet ; 5° la délibération du syndicat en date du 1er août.

Après cette lecture, M. le Préfet prend la parole et expose longuement la question. Voici, aussi exactement que ma mémoire me le permet, le résumé de ses arguments :

Le service de la vaccination, bien que mal apprécié des populations, contesté même quelquefois, est un service éminemment utile : il faut donc qu'il aboutisse. Deux difficultés se sont élevées : l'insuffisance des ressources budgétaires, l'opposition formée par le syndicat des Basses-Cévennes. — L'insuffisance des ressources budgétaires, pour une dépense qui n'est pas obligatoire, nous contraint sous peine d'échec absolu, à réduire notre demande au strict minimum. Sans une modération excessive, il y aurait impossibilité de lever la première difficulté. La seconde peut disparaître, si le corps médical dans son ensemble et le syndicat des Basses-Cévennes, ici représenté, consentent à s'inspirer moins de leurs intérêts reconnus, proclamés même légitimes que de leur dévouement auquel on ne fait appel que parce qu'ils en sont coutumiers.

M. le Préfet a bien d'ores et déjà l'adhésion du plus grand nombre des médecins inspecteurs du premier âge ; mais c'est l'unanimité qu'il ambitionne et espère. — Ce point de départ établi, il fait ses efforts pour justifier en quelque mesure la rémunération proposée. Il invoque à l'appui deux arguments de fait : 1° le chiffre proposé dont on reconnaît hautement l'insuffisance, n'a été indiqué que d'accord avec le Conseil central d'hygiène conformément à l'avis des médecins qui en font partie ; 2° il a été accepté par la grande majorité des médecins inspecteurs du 1er âge. — Après quoi, M. le Préfet m'a octroyé gracieusement la parole.

J'ai donné lecture de l'allocution suivante : Messieurs les membres du Conseil d'hygiène, monsieur le Préfet, mon premier devoir, est de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en m'invitant à assister à la réunion du Conseil central d'hygiène. Je n'ai garde d'oublier que cet honneur s'adresse au Président du syndicat médical des Basses-Cévennes ; aussi bien est-ce au nom du syndicat que je vous prie d'agréer mes plus sincères remerciements. Et puisque l'occasion m'en est offerte, permettez-moi, M. le Préfet, de vous exprimer combien nous avons été heureux de constater que vous vous étiez souvenu qu'il y avait dans votre département un tout petit syndicat médical et d'avoir manifesté le désir de marcher avec lui.

Le syndicat s'est cru autorisé à voir dans cette démarche plus qu'un acte de courtoisie ; il a estimé, et à bon droit, je pense, qu'elle équivalait, de votre part, à une reconnaissance officielle. — Aussi est-ce à son grand regret qu'il s'est vu dans la nécessité de différer d'opinion sur le premier projet que vous lui avez soumis ; mais il croit avoir témoigné, en présentant son contre-projet, d'un esprit de modération et de conciliation de nature à aplanir toutes les difficultés. — C'est avec cet espoir, MM. les membres du Conseil d'hygiène, que je suis venu au milieu de vous soutenir les conclusions du Syndicat, si, contre mon attente elles avaient besoin d'être défendues. »

J'ai complété de mon mieux cette lecture par quelques développements dont voici le résumé :

Il y a un principe d'équité qui veut que tout service soit rétribué ; le principe doit fléchir quelque peu en faveur d'un service public. Mais notre demande n'en a-t-elle pas tenu compte? Cinquante centimes par vaccination, même pour un service public, est-ce une rémunération sérieuse? Quand un déplacement s'ajoute à l'opération, n'est-il pas de toute équité d'accorder au médecin une indemnité ? un franc par kilomètre parcouru, aller seul, n'est-ce pas un minimum? les piétons du télégraphe reçoivent 50 centimes! — Enfin, et surtout, je me suis couvert, comme bien vous le pensez, de l'avis unanime de nos confrères de Nîmes et d'Alais formant en définitive avec nous le corps médical presque entier du département.

J'étais peu satisfait de la tournure de la discussion déjà longue quand un appui précieux m'est venu de nos confrères qui font partie du Conseil d'hygiène et en particulier de M. le Dr Carcassonne, son vice-président. Nos confrères ont déclaré en substance que, mieux informés, ils reconnaissaient que l'indemnité kilométrique était absolument due.

Le Conseil, appelé à se prononcer par un vote, s'est rallié à l'unanimité aux conclusions suivantes : 1° Le prix de chaque vaccination ou revaccination est maintenu à cinquante centimes; 2° il est accordé une indemnité de un franc par kilomètre parcouru, aller seul, lorsque l'opération sera pratiquée en dehors de la commune de la résidence.

M. le Préfet a accepté ce vote et m'a prié de vous le communiquer et de le défendre au besoin. Je n'ai voulu prendre que l'engagement de vous transmettre fidèlement et avec impartialité tous les détails de la séance ; ai-je eu tort de me tenir ainsi sur la réserve? Je ne le pense pas. Mon but a été de laisser votre liberté d'appréciation pleine et entière, en ne prenant aucune espèce d'engagement, me bornant au rôle de simple reporter.

Messieurs, avant d'ouvrir la discussion, je n'ai qu'un mot à ajouter. Avec la meilleure cause, nous n'avons obtenu qu'un succès partiel. — Ce succès, nous le devons à l'intervention de nos confrères qui font partie du conseil d'hygiène, que je crains de ne pas avoir remerciés comme je l'aurais dû. Je vous prie de réparer cet oubli en adressant au Dr Carcassonne, pour lui et nos confrères, les remerciments très sincères du syndicat.

Un mot encore et j'ai fini : Ne pensez-vous pas que la lutte que nous venons de soutenir et que les questions qu'un avenir prochain tient en réserve ont pris soin de justifier mon vœu en faveur de l'union des médecins du Gard ? et ce vœu, resté jusqu'ici purement platonique, les circonstances présentes ne sont-elles pas éminemment favorables pour le transformer en proposition ferme ? — Je vous proposerai donc, si vous êtes de mon avis, de nommer une commission qui sera chargée de pressentir nos confrères du chef-lieu et d'Alais, et si elle les trouve bien disposés, de préparer, de concert avec eux les voies et moyens d'exécution. — Ainsi, à la vieille maxime toujours usitée comme vous voyez, « diviser pour régner », nous en opposerons une non moins féconde : « s'unir pour résister ».

L'Assemblée applaudit cette allocution et la discussion est ouverte.

M. le Dr Dumas demande s'il s'engage, en acceptant le tarif préfectoral, à ne pratiquer la vaccination qu'au prix de 50 centimes.

M. le Président répond que la liberté d'action de chaque membre est réservée, d'autant que certains membres du syndicat, ne faisant pas partie des médecins chargés de la surveillance des enfants du premier âge, ont toujours pour eux le tarif minimum en vigueur. Mais, ajoute-t-il, le syndicat est saisi de la question et il importe, en présence d'une nouvelle organisation, de donner suite aux délibérations précédentes.

M. le Dr Dumas propose alors de porter le prix de chaque vaccination à un franc et le prix du kilomètre parcouru à un franc.

M. le Dr Cambassédès pense que ce chiffre ne pourra être accepté par l'administration préfectorale, car à cette heure le budget pour 1889 est voté. Le conseil général n'a rien changé à l'allocation habituelle pour vaccinations, et à coup sûr, cette somme sera insuffisante si le syndicat accepte le chiffre adopté par le conseil central d'hygiène. Il pense donc que pour 1889, le prix de 50 centimes par vaccinations et un franc par kilomètre parcouru (aller seul), doit être accepté, mais que pour 1890, la proposition de M. le Dr Dumas devrait être prise en considération par M. le Préfet lorsqu'au mois d'août 1889 on établira le budget départemental.

M. le Dr Auphan dit que cette question de vaccination intéresse peu les médecins de la Société d'Alais, car ils ont tous ou à peu près refusé d'accepter les fonctions de médecin des enfants du premier âge, à qui M. le Préfet veut donner aujourd'hui le monopole des vaccinations. L'honorable président de la Société médicale d'Alais se porte garant des intentions de tous ses collègues qui soutiendront les revendications du syndicat des Basses-Cévennes, par esprit de bonne confraternité.

M. le Dr Perrier dit que les membres de la Société de Nîmes se trouvent dans les mêmes conditions que ceux d'Alais, et qu'auprès d'eux aussi le Syndicat médical des Basses-Cévennes trouvera toujours appui lorsqu'il s'agira de défendre les intérêts méconnus du corps médical.

M. le Président remercie chaleureureusement ses deux collègues au nom du Syndicat et résume la discussion.

M. le Dr Dumas revient à sa proposition, et, mû par un juste sentiment de dignité professionnelle, demande à ce qu'elle soit mise aux voix (un franc par vaccination et un franc par kilomètre parcouru) : sur onze votants, le scrutin donne cinq voix pour et six voix contre. — A la majorité des onze votants, la proposition de M. le Dr Cambassédès est adoptée pour 1889, cinquante centimes par vaccination et un franc par kilomètre parcouru ; retour à la proposition de M. le Dr Dumas pour 1890.

M. le Président demande à l'Assemblée son sentiment sur la fédération des médecins du Gard. Cette union, ne devant avoir qu'un but : défense de nos intérêts professionnels, reçoit aujourd'hui une marque d'opportunité par la présence des deux Présidents des Sociétés d'Alais et de Nîmes. — Tous les membres, après un assez long échange de vues, sont d'avis que plus le corps médical sera uni, plus il aura de force, et pourra résister aux absorbants qui s'élèvent de toutes parts.

MM. les Présidents des Sociétés d'Alais et de Nîmes ne peuvent parler ici, disent-ils, qu'en leur

nom personnel : ils croient à la vitalité d'une pareille fédération et promettent de porter cette proposition à la connaissance de leurs sociétés respectives ; d'avance, ils sont assurés qu'elle ne sera point rejetée.

On décide que le secrétaire, en remerciant les Sociétés d'Alais et de Nîmes du concours moral qui a été apporté par elles dans la question des vaccinations, invitera les membres de ces associations à inscrire, en tête de leur ordre du jour, les voies et moyens pour arriver à une fédération des médecins du Gard.

M. le Dr Auphan, Président de la Société médicale d'Alais, demande à faire partie du Syndicat des Basses-Cévennes, au titre de membre honoraire. — Cette proposition est acceptée avec empressement et par acclamation.

Ordre du jour de la prochaine séance qui aura lieu à Saint-Hippolyte-du-Fort : Inspection des enfants du premier âge (M. le Dr Taron). Organisation de l'hygiène publique (M. le Dr Bourguet).

La séance est levée et est suivie d'un banquet auquel prennent part tous les membres ; une franche gaieté rabelaisienne a rempli les entr'actes culinaires, et l'heure de la séparation a sonné beaucoup trop tôt pour tous.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous nous empressons de reproduire l'appel suivant fait par le Directeur du *Progrès Médical*, M. le Dr Bourneville. — SOUSCRIPTION EN FAVEUR DE M. LE Dr G.... — Société centrale des médecins de France, 100 fr. — M. Charcot, 100 fr. — M. Jacques Liouville, 40 fr. — M. Demouly, 20 fr. — M. le Dr Bourneville, 5 fr. — M. le Dr Léon Labbé, 20 fr. — M. le Dr X..., 3 fr. — M. le Dr Legendre, 5 fr.

Après avoir exercé la médecine pendant 52 ans aux environs de Nantes, M. le Dr G...., qui est maintenant âgé de 81 ans, se trouve dans la dernière détresse par suite de la perte de son modeste avoir qui a été englouti dans la débâcle d'un de ses amis qu'il avait chargé de ses intérêts. Il est absolument dénué de tout, ainsi que sa femme. Aussi, faisons-nous un chaleureux appel en sa faveur auprès de tous nos lecteurs.

La *Société de Géographie*, dans sa séance solennelle, vient de décerner une médaille d'or, pour son voyage en Islande, à notre confrère, le docteur *Henri Labonne*. La récompense lui a été remise par M. *Spuller*, ministre des affaires étrangères.

La discussion sur les dangers résultant de l'emploi des poêles à combustion lente a commencé, à l'Académie, mardi 26 mars. Nos lecteurs devraient se hâter de nous faire leurs communications sur ce sujet intéressant ; notamment sur les désordres physiologiques engendrés par l'empoisonnement chronique qu'on attribue au poêle américain.

Un nouveau médicament. — L'Académie des sciences enregistrait, lundi dernier, la naissance d'un nouveau-venu dans le monde de la thérapeutique. M. Bardet, auquel la nouvelle substance doit son origine chimique, lui a donné le nom d'orthomono-méthylacétanilide ! M. Berthelot a proposé de l'appeler *exalgine*, qui veut dire chasse-douleur. C'est là, paraît-il, sa vertu capitale.

Concours. — Les dernières questions traitées au concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements sont pour la chirurgie : 1° Ruptures musculaires ; 2° Rétrécissements du rectum. — Pour les accouchements : 1° Des luxations du fémur au point de vue obstétrical ; 2° diagnostic de l'avortement, 3° des déchirures du col de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement.

La question écrite donnée au concours du Bureau Central de chirurgie a été : « Région sus-hyoïdienne. Fractures du maxillaire inférieur. »

La vaccination en Autriche. — Le ministre de l'Intérieur vient de saisir le Conseil supérieur de santé d'un projet de loi relatif à l'introduction de la vaccination obligatoire en Autriche. Il est regrettable de constater l'incurie qui règne en France au sujet d'une question aussi importante.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Toutes nos félicitations à notre ami le docteur Louge, qui vient d'être nommé chirurgien adjoint. Voici les questions tirées au sort : 1° Anatomie des sinus crâniens et des veines jugulaires ; 2° Circulation veineuse de la tête et du cou ; 3° Traitement des kystes de l'ovaire ; 4° Ligature de la mammaire interne et amputation de la cuisse par le procédé de Teale.

Bureaux de Bienfaisance. — Le Conseil municipal a émis, jeudi dernier, le vœu « que les médecins du bureau de bienfaisance soient désormais recrutés parmi les médecins qui s'inscriront aux mairies pour soigner les malades, et sur la désignation des dits malades. »

Faculté de médecine. — Grande affluence à l'ouverture du cours de médecine légale. Lundi dernier, le professeur Brouardel a fait sa leçon d'ouverture sur le médecin d'autrefois et le médecin d'aujourd'hui. — Le lendemain, amphithéâtre comble pour l'ouverture du cours de M. Damaschino, qui a entrepris cette année l'étude de la tuberculose.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Bain contre l'urticaire chronique
(Monin.)

Acide chlorhydrique fumant	50 gr.
Essence de thym	10 »
— de Wintergreen	5 »

M. S. A. pour 250 litres d'eau.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès de M. Gaillard (Amédée), de Bességes (Gard), membre du *Concours médical*.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique des pesages pendant les deux premières années, à l'usage des médecins-inspecteurs, par le Dr SUTILS, médecin-inspecteur des enfants du premier âge, avec 64 tracés graphiques en 4 couleurs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année — N° 14 — 6 Avril 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

CONGRÈS MÉDICAL PROFESSIONNEL

DE 1889

La commission d'organisation s'est réunie pour la troisième fois, le mercredi 20 mars, à 4 heures. Elle a décidé que le moment était venu d'exposer le résultat de ses travaux et de solliciter l'adhésion des membres du corps médical. Elle invite tous les médecins à lui adresser les propositions qu'ils souhaiteraient voir mises en discussion et à faire autour d'eux la propagande nécessaire pour assurer au futur Congrès toute l'autorité qu'il doit avoir.

Travaux de la commission d'organisation.

Avant tout, la commission a pensé qu'il était nécessaire de recueillir les adhésions des confrères qui, portés par leurs pairs à la présidence ou aux fonctions importantes des diverses Sociétés médicales, s'étaient antérieurement placés à la tête du mouvement professionnel de ces dernières années.

C'est ainsi que M. le Dr Leroy, *Président de l'Union des Syndicats médicaux*, a adressé aux Présidents des divers Syndicats la lettre suivante :

Monsieur et très honoré Confrère,

Ainsi que vous avez pu le lire dans le compte rendu de la réunion du bureau de l'Union du 4 décembre 1888, et dans celui de l'Assemblée générale de la société du Concours médical et des délégués des syndicats, les deux associations ont formé le projet de convoquer tout le corps médical à un Congrès professionnel qui aura lieu pendant la durée de l'Exposition universelle de 1889.

Le Congrès de 1845 a, pour la première fois, permis aux membres de notre profession de se concerter et d'exprimer des vœux ; c'est dans son sein qu'a pris naissance l'idée d'une Association de prévoyance, idée mise en œuvre en 1858, par la constitution d'une société de secours mutuels entre médecins, l'Association générale des médecins de France, dont la génération actuelle commence à recueillir les bienfaits.

Depuis cette époque la nécessité impérieuse d'une solidarité étroite entre médecins a été surabon-

damment démontrée et elle a provoqué la création de nombreuses organisations : Concours médical, Syndicats, Caisse des pensions de retraite, sociétés d'Assurance médicales, Caisses de prévoyance, etc.

De nouveaux progrès dans les œuvres d'association peuvent être accomplis dans le Congrès de 1889. Parmi les questions qui devront être examinées, quelques-unes nécessitent la sanction législative ou administrative ; telles sont : la revision de la législation, les réclamations contre la patente médicale et les impôts qui nous grèvent, l'insuffisance des honoraires médico-légaux, la création d'une direction de la santé publique, avec tous les réglements, toutes les organisations qu'elle comporte : assistance médicale dans les villes et les campagnes, bureaux d'hygiène, nomination des médecins des hôpitaux, déclaration des maladies contagieuses, etc.

La pression que pourra exercer le corps médical réuni dans un Congrès représentant la grande majorité de ses membres, déterminera les pouvoirs publics à donner à toutes ces questions les solutions réclamées par nous si vainement et depuis si longtemps.

D'autres sujets à traiter restent uniquement de notre domaine ; je n'en citerai qu'un seul ; il s'impose à l'examen du corps médical, aucun n'est plus urgent. Les médecins pourraient par leur accord et après étude approfondie faire aboutir promptement la *proposition Cézilly*, qui accroîtrait, dans de notables proportions, les pensions de retraite délivrées aux membres de l'Association, aux veuves et aux orphelins. Cette proposition adoptée par le Congrès, créerait, sans délai, l'*assurance économique contre la maladie* par l'Association générale, qui délivrerait à ses huit mille membres les indemnités de maladie.

L'*Association générale* étudiera sûrement la proposition ; mais il importe que le Congrès puisse, de son côté, l'examiner sous toutes ses faces, et faire entrer la conviction dans l'esprit des membres du corps médical.

C'est pourquoi, cher collègue, je viens vous prier de m'adresser, par retour du courrier, votre adhésion personnelle au principe d'un *Congrès médical professionnel en* 1889. Cette adhésion reçue, nous aurons ensuite à nous concerter pour prendre les mesures qui assureront le succès des grandes assises médicales projetées, succès auquel vous voudrez sûrement vous associer en nous prêtant le concours que nous croyons devoir vous réclamer.

De mon côté, soyez assuré que je vais consacrer tous mes efforts à l'œuvre que *l'Union des syndicats* va entreprendre, de concert avec l'*Association générale,* le *Concours médical,* les *Associations médicales,* la *Presse médicale* de Paris et de la province.

Je puis ajouter que, déjà, les plus hauts patronages, parmi les médecins et les professeurs de facultés, sont acquis à l'organisation du *Congrès* professionnel de 1889.

Dans l'attente d'une prompte réponse, je vous prie d'agréer l'expression de nos sentiments les plus dévoués,

Pour l'Union des Syndicats :

Le président,

Dr Leroy.

De son côté, la commission d'organisation envoyait la lettre qui suit :

Monsieur et très honoré Confrère,

Depuis un demi-siècle, le corps médical a fait de nombreuses tentatives pour résoudre les problèmes professionnels qui se posaient à lui : le *Congrès de* 1845 et les Associations médicales, plus tard la fédération de ces sociétés en *Association générale*, plus récemment enfin le *Concours médical* et les *Syndicats médicaux* sont là pour témoigner de ses tendances constantes vers les idées de solidarité confraternelle.

A l'isolement et à l'égoïsme d'autrefois ont succédé, avec des réunions périodiques, des relations plus cordiales ; l'activité des uns a secoué l'indifférence des autres, et tous ont fini par comprendre la nécessité de l'union pour la lutte vitale au milieu de la société moderne, de quelques sacrifices personnels pour le plus grand bien de tous.

La situation générale n'a pourtant pas été tellement modifiée que nous puissions nous arrêter et nous déclarer satisfaits : si, grâce aux efforts de nos diverses associations, nous avons pu résoudre quelques questions locales, obtenir quelques satisfactions partielles, les grandes questions professionnelles restent toujours sans solution ; si nous sommes parvenus à assurer le morceau de pain indispensable aux plus malheureux d'entre nous, nous en sommes restés, en exceptant toutefois la (Caisse de pensions de retraite du corps médical français, en fait d'œuvres de prévoyance, à la société nous pourrions dire au bureau) de bienfaisance ; enfin, s'il a grandi en influence et acquis dans les Assemblées politiques une place très honorable, que justifient amplement ses idées libérales et les

services rendus, le corps médical attend encore la modification des lois de l'an XI, de ces lois reconnues surannées par tous les gouvernements et toujours pourtant conservées par eux, malgré nos efforts.

Pourquoi les résultats obtenus ne sont-ils pas plus satisfaisants ? Ce ne sont certes pas le courage, ni le dévouement qui ont fait défaut ; la bienveillance et la générosité n'ont pas manqué davantage, car ces sentiments sont nôtres et font partie du domaine médical. Mais on peut se demander si tous les efforts ont été suffisamment combinés, s'il n'est pas resté au contraire dans l'esprit des œuvres, sinon des individus, quelque trace du vieil esprit d'exclusivisme. Tel qui donne à pleines mains et sans compter pour le soulagement des misères, ne donne guère son appui aux tentatives faites pour prévenir ces misères ; tel autre, plutôt que d'appuyer l'œuvre de revision législative déjà élaborée et arrivée au grand jour de la discussion, s'ingénie à rédiger son projet à lui, au risque de paraître diviser les sentiments du corps médical ; tel autre encore... mais pourquoi insister ? Tous, sans doute, ont conscience de faire le bien — cela leur suffit, et il ne faut pas leur demander d'aider à l'œuvre d'autrui, quelque bonne qu'ils puissent au fond la reconnaître.

Ce sont ces sentiments particularistes, vieux souvenirs de l'égoïsme d'antan, qu'il faut faire taire, si nous voulons donner au corps médical l'homogénéité qui lui manque et assurer à ses revendications la légitimité qu'en certains milieux on est tenté de lui contester.

Mais, pour cela, nous devons, nous aussi, éviter de tomber dans le même écueil : à quoi serviraient nos propres efforts si nous nous bornions à pontifier dans une église plus ou moins étroite et à prêcher sur la paille dans l'œil du voisin ? — Nous connaissons l'obstacle, il faut l'attaquer de front.

C'est pourquoi nous avons jugé indispensable de donner au Corps médical tout entier le moyen d'élever une voix assez haute pour étouffer les chuchotements des coteries : nous faisons appel à tous, aux confrères qui dès longtemps se sont déclarés des nôtres comme à ceux qui se sont tenus à l'écart, à ceux qui ont encouragé nos tentatives, comme à ceux qui les ont ignorées. Nous les convions à discuter, dans un *Congrès professionnel*, ces questions qui demeurent toujours en suspens et dont la solution nous intéresse pourtant tous à un si haut degré.

Ce futur Congrès, nous le voulons aussi large que possible, et nous ne songeons en aucune façon à limiter son programme ; nous croyons pourtant devoir rappeler que les médecins ne peuvent compter que sur eux-mêmes et qu'ils doivent partir de cette conviction pour écarter les questions qui ne sont pas susceptibles de recevoir une solution pratique.

Ils sont maîtres de créer ou de modifier les institutions professionnelles qu'il jugent utiles ; ils peuvent encore poser les conditions auxquelles ils subordonnent le concours que, chaque jour, on réclame d'eux de tous côtés ; il est possible même d'affirmer, dans une manifestation solennelle, le régime légal qui peut le mieux leur convenir ; mais, sous peine d'échec, ils ne peuvent guère aller au delà.

Ce champ, d'ailleurs, est assez vaste pour suffire à toutes les activités et les travaux qu'il exigera rempliront facilement la durée forcément restreinte du Congrès.

Plusieurs questions sont posées déjà ; citons :

1° Les modifications à apporter aux statuts de l'Association générale en vue de lui assurer le caractère essentiel de société de secours mutuels ;

2° L'étude d'une organisation de la médecine publique en France ;

3° La revision de la législation médicale et du décret sur les honoraires médico-légaux.

D'autres seront soulevées, nous n'en doutons pas.

Forts de l'appui que nous avons trouvé près de nombreux médecins qui nous pressent de mettre à exécution le programme que nous leur avons soumis, nous venons, Monsieur et très honoré Confrère, réclamer votre adhésion personnelle au projet de Congrès.

Si, comme nous osons l'espérer, nous pouvons compter sur votre dévouement, nous réclamons l'appui de vos lumières pour la constitution définitive de la commission d'organisation de ce Congrès.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de notre considération très distinguée.

Les membres de la commission d'initiative :

Dr CÉZILLY, Dr GASSOT, Dr GIBERT, Dr LARDIER, Dr MAURAT, Dr MONNET, Dr TOUSSAINT.

La commission, considérant qu'elle ne devait pas seule procéder à l'organisation du Congrès, tenait à faire figurer au bas des circulaires qu'elle pourrait ultérieurement lancer, les noms des adhérents autorisés, présidents de Sociétés médicales, Directeurs de journaux, etc... qui voudraient bien lui prêter leur concours.

Ces premières adhésions obtenues, toutes les Sociétés médicales seraient sollicitées et enfin le corps médical tout entier serait saisi de la question.

Malgré des lontours impossibles à éviter, la commission mit à exécution le programme qu'elle s'était tracé.

Certains Présidents de Sociétés médicales sont restés dans la réserve, ou ont consulté leurs sociétés.

En travaillant au bien de tous, ils ne pouvaient pourtant craindre de se compromettre ! D'autres n'ont pas encore répondu, opposant aux efforts de la commission l'obstacle le plus redoutable de tous, la force d'inertie.

L'Association générale s'est récusée... mais ici il convient d'insister quelque peu. M. le Dr Chevandier, le sympathique député qui, en entrant à la Chambre, a su ne pas oublier qu'il y avait un corps médical, peu satisfait de la situation que lui fait la loi, avait bien voulu s'offrir comme intermédiaire entre la commission et M. le président Roger.

M. Roger, tout en acceptant de consulter le conseil général de l'Association, émit l'avis que celle-ci *n'étant qu'une société de secours mutuels, sortirait de son rôle en prenant l'initiative d'un congrès.* Il déclinait d'ailleurs l'honneur *de faire sienne une proposition sur le fond de laquelle il ne se prononçait pas lui-même.*

Le conseil général, de son côté, se montra *peu disposé à jouer dans l'institution d'un congrès un rôle actif, officiel, alors même que la confrérie voudrait bien l'y inviter.*

La commission a donc la satisfaction d'avoir fait les démarches courtoises que lui commandait l'esprit de confraternité véritable dont elle était pénétrée.

En outre, la commission a demandé à tous les *directeurs de journaux médicaux* de Paris et des départements, de prendre leur part d'initiative dans la réunion du Congrès.

Elle ne pouvait admettre qu'il pût exister pour le directeur d'un journal ayant quelque crédit, pour les dignitaires d'une société influente, une raison quelconque d'abstention dans une entreprise d'une opportunité évidente et dont elle prenait toutes les charges. L'abstention serait un aveu d'impuissance, ou un acte d'indifférence difficile à comprendre !

De nombreux et distingués confrères ont répondu à son appel et, forte des encouragements qu'elle a reçus, elle peut dès maintenant répondre du succès du futur Congrès professionnel.

Elle n'a plus qu'à marcher de l'avant.

Aussi s'adresse-t-elle à tous les médecins et à toutes les sociétés médicales, scientifiques ou professionnelles, pour leur demander leur adhésion, pour les prier de lui envoyer des communications sur les questions qui feront l'objet des travaux du Congrès.

Ces questions sont multiples, elles peuvent cependant être classées dans l'une des sections suivantes :

Section des intérêts professionnels :

Association générale.— Son œuvre ; les modifications et perfectionnements à apporter à son fonctionnement ; délivrance de *l'indemnité de maladie* ; œuvre des *veuves et orphelins.*

Syndicats médicaux.— Leurs résultats, leurs relations avec les administrations ; questions afférentes...

Œuvres d'assistance médicale.—Caisses des *pensions de retraite* ; sociétés mutuelles *d'assurance contre la maladie* ; sociétés de protection *des victimes du devoir médical, etc.*

Section des intérêts médicaux sociaux :

Revision de la législation médicale et pharmaceutique.

Revision de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels.

Revision des décrets et ordonnances qui concernent les honoraires médico-légaux ; la patente médicale et les divers impôts qui grèvent le médecin.

Rôle social du médecin au point de vue des lois d'intérêt général médical : loi de *protection,* assistance publique, service militaire.

Cette classification ne saurait être définitive, la commission l'a pourtant adoptée provisoirement afin de faciliter le grand travail que causera l'envoi des communications qu'elle sollicite de tous, individus ou sociétés.

Enfin la commission convoque tous les médecins Français, elle leur soumet avec confiance le résumé de ses travaux et avec confiance aussi leur adresse cet appel :

Chers confrères,

Nous voulons faire en 1889, à l'occasion de l'*Exposition Universelle*, un *Congrès Médical professionnel*. Il faut que ce Congrès soit composé d'un grand nombre de médecins ; il faut que les absents adressent leur adhésion. Il faut que les Sociétés médicales qui se réuniront avant la tenue du Congrès, nomment des délégués chargés de les représenter ; il faut que, à défaut de société locale les médecins d'une ville, d'un arrondissement, nomment un des leurs qui assistera aux séances, votera en leur nom. En un mot, nous ne sollicitons pas seulement votre adhésion écrite, nous demandons aussi votre propagande. Nous avons accepté la lourde charge de cette entreprise ; aidez-nous à la mener à bonne fin.

Le temps presse ; le *Congrès* aura lieu vers l'époque des vacances probablement ; la date sera fixée dès que le nombre des adhésions sera suffisant.

Vous avez vu, par l'exposé qui précède, que nous avons fait appel à toutes les bonnes volontés ; nous vous demandons, à vous aussi, de participer à notre initiative.

Est-il rien de plus simple que de mettre sous enveloppe la formule ci-jointe et de nous l'adresser? Ce facile devoir accompli, est-il plus difficile d'entretenir vos amis de la convenance qu'il y a à ce que nos efforts soient secondés par tous les médecins ?

Si vous pensez venir à l'*Exposition*, prenez vos dispositions pour que votre voyage coïncide avec la date choisie pour le Congrès. La commission espère pouvoir vous procurer des facilités et des occasions de distraction et d'étude.

Soyez bien certains que, grâce aux concours qui nous sont assurés, des voix non moins autorisées et non moins éloquentes que celles qui se sont élevées au Congrès de 1845 feront entendre nos réclamations professionnelles.

Toutes les questions qui nous intéressent sont mûres ; on doit par une pression intelligente sur les pouvoirs publics résoudre celles dont ils détiennent les solutions.

Pour celles qui ne dépendent que des médecins, de l'Association générale, des syndicats, des œuvres de prévoyance, leur solution est entre vos mains.

Venez en grand nombre ; n'imitez pas les confrères qui se bornent à des récriminations stériles, et croient ainsi excuser l'égoïste isolement dans lequel ils vivent.

Le médecin content de son sort doit nous envoyer son adhésion, dans l'intérêt commun. Il rendra ainsi service au médecin, qui ne trouve pas, dans l'exercice de sa pénible profession, les avantages qu'il devrait en recueillir en bonne justice. Il donnera au Congrès qualité pour obtenir aussi ce que médecins riches, médecins pauvres, réclament depuis si longtemps en vain.

Signez votre adhésion ; envoyez-la sans retard et venez ensuite prendre part à ces assises qui marqueront une date nouvelle, une date heureuse, espérons-le, dans l'histoire des médecins du dix-neuvième siècle.

Quel que soit l'avenir réservé à nos propositions, tous les médecins soussignés feront leur devoir pour servir vos intérêts ; ils comptent sur vous, comme vous pouvez compter sur eux. Ils attendent l'adhésion des directeurs de journaux et des dignitaires des Associations qui à l'heure actuelle n'ont pas encore répondu à la demande qui leur a été adressée et qu'on va renouveler.

Dr BALP. — Prés. du Syndicat médical de Draguignan.
Dr BARAT-DULAURIER. — Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux.
Dr BEDEL (Lamballe). — Prés. du Syndicat médical de Lamballe.
Dr BERTHERAND. — Directeur du *Journal de médecine de l'Algérie*.
Dr BIBARD. — Prés. du Syndicat de Pontoise.
Dr BOURNEVILLE. — Député de la Seine, directeur du *Progrès médical*.
Dr BOUCHUT. — Professeur agrégé, directeur du *Paris médical*.
Dr CEZILLY. — Prés. de la Société locale de l'Oise, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux, directeur du *Concours médical*.
Dr CHALAMEL (Loriol). — Prés. de la Société locale de la Drôme et de l'Ardèche.
Dr CHAPUIS (Toulon). — Prés. de la Société locale de l'arrondissement de Toulon.
Dr CHARBONNIER (Saint-Calais). — Prés. de la Société locale de la Sarthe.
Dr CHEVANDIER (Paris). — Député de la Drôme.
Dr DELEFOSSE. — Directeur des *Annales des organes génito-urinaires*.
Dr DESMAROUX (Huriel). — Prés. du Syndicat des Médecins du canton d'Huriel.
Dr DUJARDIN-BEAUMETZ (Paris). — Membre de l'Académie de Médecine, prés. de la Caisse des pensions, directeur du *Bulletin de thérapeutique*.

Dr GASSOT (Chevilly). — Secrétaire général du Syndicat médical du Loiret.
Dr GAUTHIER. — Ex-prés. du Syndicat du Vexin.
Dr GAUTHIER. — Prés. du Syndicat de la Haute-Saône.
Dr GIBERT (Le Havre). — Membre correspondant de l'Académie et Prés. honoraire de l'Union des Syndicats.
Dr DE GISLAIN (Montargis). — Secrétaire du Cercle syndical de l'arrondissement de Montargis.
Dr GORECKI. — Directeur du journal *Le Praticien.*
Dr GUIBERT (St-Brieuc). — Prés. de la Société locale des Côtes-du-Nord.
Dr HALMA-GRAND (Orléans). — Prés. d'Honneur du Syndicat médical du Loiret.
Dr HINGLAIS (Constantine).— Prés. de la Société locale du département de Constantine.
Dr HUETTE (Montargis). — Secrétaire de l'Association locale du Loiret.
Dr LARDIER (Rambervilliers). — Prés. du Syndicat médical des Vosges.
Dr LASSALLE. — Prés. du Syndicat suburbain de Bordeaux.
Dr LÉCUYER (Beaurieux). — Secrétaire général du Syndicat médical des Vallées de l'Aisne et de la Vesle.
Dr LEROY (Villiers-le-Bel). — Prés. de l'Union des syndicats médicaux.
Dr MARGUERITTE (Le Havre). — Prés. honoraire de l'Union des Syndicats médicaux.
Dr MAURAT (Chantilly). — Membre de la commission du Congrès.
Dr MAZEL (Anduze). — Prés. du Syndicat médical des Basses-Cévennes.
Dr MIGNEN (Montaigu). — Prés. du Syndicat médical de Montaigu.
Dr MIGNOT (Pougues). — Prés. de la Société locale de la Nièvre.
Dr MONNET. — Membre de la commission du Congrès.
Dr MORVAN (Lannillis). — Prés. de la Société locale de l'arrondissement de Brest.
Dr PASTURAUD. — Prés. du Syndicat d'Etampes.
M. de PIÉTRA-SANTA Fils. — Journal l'*Hygiène pratique.*
Dr POPIS (Chécy). — Prés. du Cercle syndical de l'arrondissement d'Orléans.
Dr ROGER (Hédé). — Prés. du Syndicat médical de Hédé.
Dr ROUYER (Laigle). — Prés. de la Société locale de l'Orne.
Dr TOUSSAINT (Mézières). — Prés. de la Société locale des Ardennes.
Dr TOUSSAINT (Argenteuil). — Membre de la commission du Congrès.
Dr TROLARD (Alger). — Prés. de la Société locale d'Alger, directeur de la *Gazette médicale de l'Algérie.*

LA SEMAINE MÉDICALE

Empoisonnement par les poêles mobiles.

Cette question, dont M. Lancereaux a saisi l'opinion publique médicale et générale, vient d'être discutée à l'Académie ; M. *Vallin* a le premier pris la parole à propos des conclusions que M. Lancereaux avait proposé à ses collègues d'adopter, c'est-à-dire, de n'autoriser la vente des poêles qu'à la condition que leur tirage soit suffisant pour transformer tout le carbone en acide carbonique et s'opposer ainsi à la formation de l'oxyde de carbone. M. *Vallin* reconnaît les dangers des poêles mobiles mal contruits ; il a vu lui-même certains états anémiques attribués au surmenage ou aux fatigues de la vie mondaine disparaître après la suppression de poêles mobiles. Mais M. Vallin ne veut pas compromettre l'hygiène par l'abus des prohibitions et des réglementations et croit qu'il serait fâcheux d'empiéter au nom de la police sanitaire sur l'hygiène privée. Il est bon d'avertir le public et les fabricants des dangers des appareils mal construits. Mais les poêles à combustion lente, qui sont si économiques, ne seront pas abandonnés et, même après le vote des conclusions de M. Lancereaux, plus d'un académicien en garderait un chez lui.

Les poêles, dit l'orateur, ne sont dangereux que quand on ne sait pas s'en servir et il faut apprendre au public à se mettre à l'abri du danger.

Au lieu de réduire les orifices de telle façon que dans un poêle mobile qui consomme 10 kilos de coke en 24 heures il ne passe que 40 mètres cubes d'air dans ce même temps, alors qu'il faut 100 mètres cubes d'air pour transformer tout ce carbone en acide carbonique, il faudrait, tout au moins, laisser arriver ce dernier volume d'air sur le combustible.

Dans la plupart des poêles, ce que l'on supprime, ce n'est pas l'entrée de l'air dans le foyer qui est diminué, c'est la sortie des gaz résultant de la combustion. Ces poêles fonctionnent donc comme un ancien poêle dont on aurait presque complètement fermé la clef. Le danger est plus grand encore que si on avait rétréci l'orifice d'arrivée de l'air, car les gaz toxiques résultant de la combustion n'ont qu'une issue très difficile et peuvent aisément refluer dans la pièce habitée.

Enfin, la petite quantité d'air et de gaz, provenant du foyer, a abandonné une grande partie de

son calorique, elle n'est plus capable de chauffer le coffre de la cheminée ou les parties élevées du tuyau de fumée ; la différence avec la température extérieure au niveau du toit est très faible. Le moindre tourbillon détermine des reflux de gaz toxiques dans l'appartement.

On ne saurait trop engager les fabricants à supprimer la clef permettant de mettre l'appareil en petite marche pendant la nuit, alors qu'on ne peut secouer la cendre accumulée. On augmente ainsi la difficulté de sortie des gaz de la combustion. La plupart des cas de mort observés pendant la nuit, ont été causés de la sorte.

Il faut encore inviter les fabricants à trouver un autre mode de fermeture que l'immersion du couvercle dans le sable. Enfin, les cheminées auxquelles les poêles sont susceptibles de s'adapter, doivent être munis d'un tuyautage fixe d'une grande hauteur. Il est indispensable de les chauffer chaque fois par un feu clair et rapide pour déterminer le tirage avant d'y ajuster l'appareil.

M. Lancereaux avait proposé aussi d'exiger, avant la pose d'un poêle, l'examen de la cheminée, afin de s'assurer que son tirage est convenable et suffisant, etc. Mais de quelle façon exiger cette expertise ? Faudra-t-il, pour placer un poêle chez soi, subir les mêmes formalités que pour placer un bec de gaz ? Dans ce dernier cas, la garantie est tellement illusoire, au point de vue de l'hygiène publique et du danger d'explosion, que l'exemple ne mérite guère d'être imité.

La garantie, nous pensons qu'on pourrait la chercher dans une vigilance plus grande de l'architecte qui, avant de livrer une maison terminée, devrait s'assurer, par des expériences précises, que tous les rouages de cette machine compliquée fonctionnent d'une façon irréprochable : réseau d'égout, canalisation de l'eau, tuyaux de chute, gaines de fumée, prises d'air et appareils de chauffage. On devrait la chercher surtout par la création, en France, de ces *Associations de protection sanitaire*, qui ont pris, en ces dernières années, une grande extension en Angleterre et rendent de remarquables services.

En payant une cotisation annuelle, chaque locataire ou propriétaire est assuré d'une inspection périodique de sa maison, par un ou plusieurs architectes ou médecins qui, par des expériences ingénieuses, contrôlent la salubrité et le bon fonctionnement de toutes les parties de l'habitation. C'est une véritable consultation sur la santé de la maison, et les rapports annuels publiés par plusieurs de ces Sociétés font voir combien sont nombreuses, et souvent inattendues, les causes d'insalubrité auxquelles on a pu remédier.

C'est en éclairant le public sur les dangers auxquels il est exposé, qu'on peut espérer prévenir les accidents ; nous croyons qu'il ne faut recourir aux mesures prohibitives que lorsque la salubrité *publique* est compromise et que, dans le cas particulier, l'Académie ne doit pas prendre l'initiative d'une réglementation vexatoire et probablement inefficace.

M. *Le Roy de Méricourt* a parlé dans le même sens que M. Vallin.

Les accidents imputables aux poêles mobiles sont presque toujours dus, suivant l'orateur, à l'incurie et à l'inobservance des conditions essentielles à leur fonctionnement régulier. Le devoir des hygiénistes est de le dire au public, mais non pas de traiter ce dernier en mineur.

Relativement à la proportion d'oxyde de carbone produit par les poêles mobiles, M. Lancereaux dit que ces appareils sont des foyers de production de ce gaz toxique, et que plus ils sont économiques, plus ils sont dangereux. M. Lancereaux s'est appuyé sur des analyses faites par M. Boutmy ; mais ces analyses sont inexactes.

Le poêle à combustion lente produit certainement de l'oxyde de carbone, mais tous les appareils de chauffage sont passibles de ce reproche. En outre, si on prend les précautions indiquées, cette quantité d'oxyde de carbone n'est pas dangereuse. Des moineaux ont été enfermés plusieurs jours dans des pièces ainsi chauffées sans en être incommodés.

Il n'y a pas lieu de faire intervenir les pouvoirs publics dans cette question. Il suffit de dire au public qu'il n'y a qu'à se conformer strictement aux instructions relatives au fonctionnement des poêles mobiles et qui varient un peu suivant les types de ces appareils.

M. *Dujardin-Beaumetz* a pris ensuite la parole et donné de précieux renseignements sur le fort et le faible des engins incriminés.

L'analyse des gaz produits par la combustion des poêles mobiles, qui a servi de base à cette discussion, est l'analyse de Boutmy. Or, cette analyse donne pour l'oxyde de carbone, le chiffre de 16 % et pour l'acide carbonique, le chiffre de 9 %. Eh bien, ces chiffres sont inexacts. Il suffit pour s'en convaincre de reprendre les détails de l'analyse et de voir que la totalité d'oxygène dont la présence a été constatée par l'auteur estde 18 centièmes, alors qu'elle devrait être de 20 centièmes. M. Beaumetz a repris, avec M. de Saint-Martin, ces expériences en prenant les gaz au moment où ils sortaient du poêle, et il a constaté les résultats suivants :

Tout d'abord, le chiffre de l'oxyde de carbone est toujours inférieur à celui de l'acide carbonique.

Si on étudie ensuite les produits de combustion du coke on voit : qu'en petite marche, c'est pendant le jour lorsqu'on remue la grille que la quantité d'oxyde de carbone est moindre ; c'est au contraire pendant la nuit, que cette production est le plus considérable. — En grande marche, l'on voit ce résultat curieux, que c'est pendant le jour, quand on remue le foyer toutes les heures, que se produit la plus grande quantité d'oxyde de carbone ; cette quantité est à son minimum lorsque le poêle n'a pas été remué de toute la nuit. C'est l'opposé de ce qui se produit en petite marche.

On peut expliquer cette anomalie en disant : 1° Les poêles sont construits précisément pour produire le plus de chaleur en petite marche, et la plus grande quantité de chaleur est produite lorsqu'il y a dégagement maximum d'oxyde de carbone ; — 2° Parce qu'une certaine quantité d'acide carbonique produit, passant sur les couches de charbon comburé, se transforme en oxyde de carbone.

Il résulte de ce fait que si, *pendant le jour on doit faire marcher les poêles en petite marche et en agitant le foyer, pendant la nuit*, au contraire, il y aurait intérêt à faire marcher le poêle *en grande marche*, à l'inverse de ce qui se fait habituellement.

La combustion de l'anthracite ou de la houille maigre que l'on vend sous le nom d'anthracite,

montre que pendant le jour et en marche normale la combustion de l'anthracite donne une quantité d'oxyde de carbone un peu inférieure à celle produite par le coke dans les mêmes conditions ; il n'en est plus de même pendant la nuit.

Dans ces circonstances, la proportion d'oxyde de carbone est notablement inférieure à celle produite par le coke ; si on ajoute que l'anthracite donne une odeur désagréable, qui suffit à rendre la chambre inhabitable et oblige à s'inquiéter du danger, on comprend les avantages que présentent ces houilles maigres sur le coke. Elles produisent moins d'oxyde de carbone, et l'on est toujours averti du danger par l'odeur qui se dégage.

Origine équino-tellurique du tétanos.

La communication si importante de M. Verneuil, après avoir été lue par lui en plusieurs séances, se trouve résumée dans les conclusions suivantes :

« 1° Le tétanos, transmissible entre les animaux de même espèce ou d'espèces différentes, l'est également de l'homme à l'homme, de l'homme à l'animal et réciproquement.

2° Il est vraisemblable que plusieurs animaux domestiques sont capables d'infecter l'homme, mais la démonstration suffisante n'est encore faite que pour les solipèdes.

3° La contagion s'effectue du cheval tétanique à l'homme blessé directement ou indirectement. Le second procédé est de beaucoup le plus commun.

4° Les agents intermédiaires entre l'animal présumé atteint et l'homme infecté sont extrêmement variés et parfois assez multiples pour qu'il soit possible de suivre la piste du microbe ou de ses germes.

5° Deviendra agent tétanifère possible tout objet qui, mis en contact passager ou prolongé avec un cheval tétanique, en recevra le dépôt virulent, et, en tout cas, ne le détruira pas.

6° Tout objet mis à son tour en contact avec un agent tétanifère pourra devenir tétanifère à son tour.

7° Dans le cercle d'infection, on trouvera des corps inanimés et des êtres vivants ayant été les uns et les autres en rapport avec le cheval tétanique ou les objets souillés par lui. Les premiers transmetteurs n'auront point à souffrir du périlleux dépôt. Il pourra en être de même des seconds, mais avec la menace constante de devenir tétaniques par auto-inoculation traumatique.

8° L'homme blessé peut donc recevoir le tétanos de la plupart des objets ambiants mis en contact avec ses blessures ; les contacts les plus dangereux et de beaucoup sont ceux du cheval et de tout ce qui en dépend ou lui appartient, puis de la terre cultivée et de quelques-uns de ses produits ; d'où la querelle entre les *équinistes* et les *telluristes*.

9° L'accord serait facile si l'on voulait subordonner l'une des provenances à l'autre et reconnaître que si la terre possède une virulence tétanigène, elle la doit à la souillure par le cheval tétanique.

10° Pour soutenir que dans la double virulence du cheval et de la terre la priorité appartient à l'animal, on peut invoquer trois arguments principaux :

a) Le relevé des professions démontrant que ceux-là surtout sont exposés qui sont en contact habituel avec le cheval ;

b) L'enquête sur la nature des agents vulnérants et sur les circonstances précédant, accompagnant ou suivant les blessures ; d'où résulterait que celles-ci sont, dans un grand nombre de cas, souillées par le cheval ou la terre fumée ;

c) La distribution topographique des tétanos équin et humain montre le rapport numérique intime existant entre les deux.

11° Si, sur les cas de tétanos humain convenablement observés, on recherche la provenance, on constate que les faits conformes à la théorie équine constituent la très grande majorité et que le nombre des faits négatifs sont trop peu nombreux pour ébranler sérieusement la doctrine.

13° L'admission définitive de la nature infectieuse et de la provenance animale du tétanos humain entraînerait certainement des conséquences importantes. Les médecins et les vétérinaires d'abord en profiteront ; mais les hygiénistes devront s'en préoccuper également.

Elimination de l'acide salicylique suivant les divers états des reins, ses transformations dans l'économie, son action sur les principaux éléments de l'urine.

Mlle George Chopin vient de soutenir avec grand succès une thèse de doctorat sur ce sujet. Notre nouvelle et aimable confrère est un des bons élèves de M. Dujardin-Beaumetz dans le laboratoire et les services duquel ses recherches ont été faites.

Elle a voulu montrer, d'une manière aussi précise que possible, les troubles apportés à l'élimination des médicaments par les maladies du rein ; pour cela elle s'est aidée des recherches cliniques et des analyses toujours si précises de la chimie.

Elle pense que ce qu'elle a ainsi fait, peut s'appliquer à la plupart des médicaments qui s'éliminent par les reins. Il est probable que dans tous les cas où il existera une lésion rénale, l'analyse quantitative permettra de reconnaître que l'économie retient de ces médicaments une partie plus grande qu'à l'état normal ; d'où accumulation et effets toxiques parfois imprévus.

Pour l'acide salicylique, en particulier, on peut conclure que ce médicament, qui augmente la quantité d'urine quand le rein est sain ou partiellement altéré, la diminue, au contraire, dans les néphrites aiguës où le rein tout entier est atteint.

L'acide salicylique fait augmenter la quantité d'urée, d'acide urique et d'acide phosphorique, à l'état sain, et dans les lésions chroniques.

La quantité d'albumine est toujours accrue sous l'influence de l'acide salicylique.

L'acide oxalique qui résulterait, d'après M. Byasson, de la transformation de l'acide salicylique éliminé par l'urine, est en quantité insignifiante.

L'acide salicylurique est toujours en notables proportions dans l'urine salicylique ; la quantité éliminée est variable aussi bien quand le rein est normal, que lorsqu'il est altéré. Cette quantité oscille entre 18 et 30 0/0 de la quantité totale éliminée.

Il ne semble pas possible actuellement d'établir les particularités de son élimination, de prévoir d'avance si elle augmentera ou si elle diminuera dans tel cas donné. Mais, en général, l'élimination de l'acide salicylique subit des troubles profonds quand le rein est malade. Comme le montrent les expériences de Mlle Chopin: 1° Le moment précis

où l'acide apparaît dans l'urine, est en général retardé. 2° Le temps nécessaire pour qu'il en disparaisse entièrement, est toujours augmenté. 3° La quantité totale de l'acide salicylique retrouvée dans l'urine est bien moindre, elle peut être inférieure de 10 à 30 0/0 à la quantité éliminée à l'état sain.

Aussi, avec des doses moyennes, elle a, dans tous les cas de maladies des reins, observé dès le premier ou le second jour les troubles habituels de l'intolérance de l'acide salicylique, et cependant elle n'a jamais osé donner des doses excessives ; la plus forte, administrée par elle a été de 16 gr. d'acide salicylique donné en 3 jours.

Ces faits ont une grande importance au point de vue de l'hygiène. L'acide salicylique a été employé pour la conservation des aliments et des boissons à cause de sa valeur comme antiseptique.

A la suite d'accidents divers, un arrêté ministériel du 7 février 1881, rendu sur l'avis du comité consultatif d'hygiène « interdisait la vente de toute substance alimentaire, solide ou liquide, contenant une quantité quelconque d'acide salicylique ou de ses dérivés ». Cette mesure, portant préjudice à de nombreux intérêts, souleva de longues discussions. Des savants, des chimistes (1), soutinrent que le salicylage ne devait pas être proscrit, soit que l'acide salicylique ne fût pas dangereux, soit qu'il ne le fût pas aux doses employées dans l'industrie.

Cette interdiction était cependant nécessaire; d'abord l'acide salicylique ainsi employé permettait de faire servir à la consommation des produits altérés qui par eux-mêmes étaient déjà un danger. Or si l'action nuisible de l'acide salicylique sur le rein normal est discutable, elle ne l'est plus lorsque le rein est altéré; c'est ce qui ressort de toutes les expériences. Avec des doses, même très petites, Mlle Chopin a observé des troubles, et il s'agissait de malades depuis quelque temps à l'hôpital, déjà améliorés, soumis, en général, au régime lacté. Que serait-ce donc dans la vie normale ! Combien d'individus atteints de lésions rénales méconnues ! M. Brouardel disait dernièrement à l'Académie de médecine que, dans les cas de mort subite, on trouvait, dans la moitié des autopsies, les reins malades. L'acide salicylique, même à petites doses, peut donc être dangereux. Mais, si le salicylage était toléré, les doses absorbées par certains individus pourraient devenir considérables. Il est intéressant, à ce sujet, de lire, soit les travaux de M. Vallin, dans la *Revue d'hygiène*, soit les *statistiques* publiées par le Laboratoire municipal. Pour les vins, en particulier, l'acide salicylique était surtout employé pour conserver les vins inférieurs ou fabriqués avec du raisin sec. L'acide salicylique n'ayant qu'un pouvoir antiseptique passager, le fabricant ajoutait 15 à 30 grammes d'acide par hectolitre (2), le marchand en gros autant ; le détaillant, encore plus, et souvent à plusieurs reprises.

On arrivait ainsi à des doses considérables par litre. Ainsi, au laboratoire municipal, sur des vins saisis ou achetés chez le débitant, l'analyse a donné par litre :

1 g. 60 — 1 g. 95 — 1 g. 35 — 1 g. 48 — 1 g. 41 et même une seule fois 5 g. 50.

(1) Voir un article de M. Galippe dans *Journ. connais. méd.*, 1880, favorable au salicylage.

(2) Vallin. *Revue d'hygiène*, 1881, p. 264.

Pour des sirops ... 0.50 à 1 g. 50 par litre.
Pour la bière ... 0.25 à 1 g. 25 —
Pour le lait ... 0.25 à 0 g. 85 —
Pour des confitures ... 0.50 par kg.

Si l'on tient compte des habitudes d'intempérance, si fréquentes dans la classe ouvrière, on pouvait être réellement effrayé. Un individu buvant 2 litres de ce vin dans une journée, arrivait donc à absorber près de 3 gr. d'acide salicylique par jour. Cela était d'autant plus dangereux, en pratique, que le prix de l'acide salicylique n'est plus très élevé, depuis qu'on le prépare par le phénol. En outre, même avec 2 grammes par litre, on ne retrouve pas le goût de médicament dans la substance falsifiée. L'emploi de l'acide salicylique dans le domaine alimentaire, avait pris une telle extension, qu'en France il en a été consommé, seulement pour l'année 1880, 50,000 kilogs. pour la conservation des aliments. Cette importance de l'acide salicylique dit tout l'intérêt de ces recherches. Mlle Chopin affirme, à son tour que cet acide, employé comme antiseptique, ne saurait être toléré dans l'alimentation publique et elle termine son travail en citant les conclusions de l'Académie de médecine, dans la dernière discussion sur le salicylage (1). « Des doses faibles, mais journalières et prolongées, de l'acide salicylique ou de ses dérivés, peuvent déterminer des troubles notables de la santé chez certains individus impressionnables à ce médicament, chez les personnes âgées, chez ceux qui n'ont pas l'intégrité parfaite du rein ou du tube digestif. »

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

De l'infection puerpérale

I

On a depuis longtemps discuté sur la pathogénie des accidents qui surviennent chez les accouchées et qui, à de certaines époques, exercent — ou plutôt exerçaient — parmi elles de si terribles ravages. Sans rappeler les théories anciennes telles que celles de la suppression des lochies, de la métastase laiteuse (Pujos), c'est vers la fin du siècle dernier que surgit la théorique anatomique. On plaça tour à tour le siége de la maladie dans le péritoine, dans les veines utérines (Dance), enfin dans les lymphatiques (Tonnelé, Danyau, Nonat, etc.).

On connaissait mieux les lésions causées par l'infection ; mais on n'était guère fixé sur le mode de production de ces accidents et il faut arriver à Semmelweiss (1849), pour voir mettre en relief la théorie de la contagiosité des accidents puerpéraux. Cette donnée nouvelle, qui devait révolutionner l'art obstétrical, se vulgarisa peu à peu en France, grâce surtout aux travaux du Pr Tarnier (1857).

Il n'est pas inutile de rappeler que dès 1858 Trousseau entrevoyait complètement la vérité : il parlait d'un ferment inconnu, montrait l'infection se faisant par la plaie, affirmait l'analogie des accidents infectieux puerpéraux et celle des accidents infectieux chirurgicaux.

Restait à trouver le germe, le ferment de nature encore inconnue qui causait la fièvre puer-

(1) *Acad. de méd.*, 25 janvier 1887.

pérale : quelques expérimentateurs, s'inspirant des méthodes pastoriennes, se mirent à l'étude (Mayerhofer, Recklinghausen, Waldeyer, Quinquaud, etc.). Coze et Feltz, en 1869, furent les premiers à reconnaître l'existence des microbes en chaînettes. Mais c'est M. Pasteur qui, en 1879, établit la présence fréquente de ce microbe, pendant la vie ou après la mort, chez les femmes atteintes de fièvre après l'accouchement. Le premier il put isoler et cultiver ce microbe ; il en donna les caractères et montra le rôle principal joué par lui dans les accidents infectieux d'origine puerpérale.

Un an après parut l'importante thèse de Doléris qui découvrit quatre espèces d'organismes dans l'infection puerpérale : mais ces espèces ne sont là en réalité que les formes différentes d'un même organisme aux diverses périodes de son développement.

En 1884, MM. Chauveau et Arloing purent produire chez les lapins des septicémies expérimentales variant suivant le procédé de culture mis en usage : par analogie ils crurent pouvoir conclure que les formes de la septicémie puerpérale reconnaissent un seul agent qui, suivant son activité, produit l'une ou l'autre forme. Cet agent est un microbe unique, mais qui n'est pas spécial à la puerpéralité.

Notre collègue et ami, le Dr *Widal* (1), très versé dans la science nouvelle de la bactériologie, vient de reprendre avec succès ces recherches, en les faisant porter sur des femmes présentant les différentes formes de l'infection puerpérale ; il est le premier microbiologiste qui ait pratiqué ces recherches sur des femmes mortes de septicémie sans lésion et sans suppuration, ou d'infection à forme pseudo-membraneuse.

Le très-remarquable travail de Widal comprend nombre de questions du plus haut intérêt et de données nouvelles, par exemple sur la pathogénie des abcès pulmonaires d'origine puerpérale, sur la virulence des liquides épanchés dans la plèvre, sur les relations de la phlegmatia alba dolens, et de la septicémie puerpérale, etc.

Nous ne pouvons que signaler les points les plus saillants de cette étude qui comprend une description technique complète de « ce micro-organisme banal, répandu partout, le streptococcus pyogenes, qui suffit à lui seul à produire les formes cliniques diverses et les lésions anatomiques les plus variées de l'infection puerpérale à porte d'entrée utérine ».

Nous étudierons donc, en suivant pas à pas le travail de Widal, les portes d'entrée de la fièvre puerpérale, ses différentes formes, ses rapports avec la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.

II. Des portes d'entrée de la fièvre puerpérale.

Sur douze autopsies d'infection puerpérale à streptocoques, Widal a trouvé douze fois le micro-organisme dans l'utérus : la muqueuse utérine est donc la porte d'entrée ordinaire de l'infection. En effet, au moment de l'accouchement, il y a exfoliation complète de l'épithélium de la muqueuse entraîné par la chute de la caduque : rien d'étonnant à ce que les microbes pathogènes pénètrent par cette véritable plaie.

Lorsqu'il y a infection, on trouve dans la cavité utérine des micro-organismes de genres différents qui, au milieu des détritus de toute sorte, constituant les lochies, trouvent un excellent milieu de culture pour se multiplier et exalter leur virulence. De tous ces organismes, le streptococcus pyogenes parvient seul à infiltrer les parois utérines : de telle sorte que la muqueuse utérine agit à la façon d'un filtre qui laisse passer seulement le streptococcus pyogenes, à l'exclusion des autres microbes contenus anormalement dans l'intérieur de la matrice.

Quand ce microbe a franchi la muqueuse, il se propage dans les lymphatiques et les veinules de l'utérus : il traverse parfois cet organe sans y laisser la moindre gouttelette de pus, et va déterminer au loin des suppurations dans une articulation, dans un muscle, dans une séreuse. C'est alors le microscope qui seul peut déceler dans les vaisseaux utérins la présence des chaînettes et montrer ainsi la voie suivie par l'infection.

L'infection chez l'accouchée n'est pas toujours due au streptococcus pyogenes : sur seize cas d'infection puerpérale, dont il a pratiqué l'examen bactériologique en étudiant le pus pendant la vie ou les organes après la mort, Widal a retiré de ses cultures quatorze fois le streptococcus pyogenes et deux fois un bâtonnet ayant les caractères de la bactérie décrite par MM. Albarran et Hallé comme cause de l'infection urineuse. Dans ces cas très rares où l'infection a pour cause un micro-organisme différent du streptococcus, on peut admettre que cet organisme a pénétré par le périnée, la vulve, le vagin contusionnés ou déchirés pendant l'accouchement ou par la muqueuse vésicale enflammée à la suite de la compression exercée par l'utérus gravide.

III. Des différentes formes de l'infection puerpérale.

Nous laisserons d'ailleurs de côté ces cas relativement rares pour n'étudier que les différentes formes de l'infection puerpérale causées par le streptococcus pyogenes : 1° forme avec suppuration ; 2° forme diphthéritique ou pseudo-membraneuse ; 3° forme septicémique pure.

1° Forme avec suppuration. C'est de beaucoup la plus fréquente et elle peut présenter différentes variétés. Tantôt la suppuration se localise dans l'utérus ou le tissu cellulaire qui l'entoure, tantôt dans le péritoine ; enfin, elle peut se généraliser à toute l'économie et causer la pyohémie.

a) *Forme avec suppuration localisée dans l'utérus ou le tissu cellulaire péri-utérin.* Les phlegmons du ligament large, de la fosse iliaque, de la région rétro-pubienne sont des exemples de suppurations locales qui peuvent passer à l'état chronique, mais qui généralement guérissent. Dans certains cas cependant, la mort peut survenir assez rapidement : elle n'est pas alors tant causée par la suppuration limitée au tissu cellulaire péri-utérin que par l'invasion de toute l'économie par les micro-organismes.

Ces faits sont prouvés par l'examen bactériologique, qui montre que chez la même femme le streptococcus pyogenes peut produire des suppurations en foyer dans certains tissus, en même temps qu'il infiltre certains organes et y détermine des lésions histologiques sans faire de pus. De telle sorte que des infections qui paraissent s'être localisées à un foyer de suppuration, sont parfois des infections généralisées à toute l'économie.

b) *Péritonite suppurée.* La suppuration du pé-

(1) Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle. Th. de Paris, 1889, G. Steinheil, éditeur.

ritoine est si fréquente, chez la femme infectée, après l'accouchement, que Baudelocque identifiait la fièvre puerpérale avec l'inflammation de la séreuse. Aussi, nombre de pathologistes ont-ils considéré la fièvre puerpérale comme la localisation primitive de la maladie; M. Siredey a affirmé, au contraire, que la péritonite puerpérale était toujours consécutive à une lymphangite utérine. C'est, en effet, la voie la plus fréquemment suivie par les micro-organismes pour se rendre de la muqueuse utérine au péritoine ; mais il y a d'autres moyens de propagation (par les trompes par exemple). La péritonite puerpérale infectieuse, même généralisée, peut rester purement fibrineuse. Dans la forme fibrino-purulente, les fausses membranes fibrineuses tendent à enkyster le pus et peuvent déterminer un processus de guérison.

Même dans les formes les plus graves, la thérapeutique doit essayer de lutter : une indication formelle consiste à immobiliser par l'opium à haute dose l'intestin dont on pratique l'antisepsie suivant la méthode de M. Bouchard.

c) *Forme pyohémique* (infection purulente puerpérale). On comprend dans cette catégorie les cas où la suppuration s'est généralisée à distance de l'utérus et du péritoine dans les parenchymes, les articulations, les muscles, le tissu cellulaire. Lorsque, chez des femmes ainsi infectées, on trouve au milieu des foyers de suppuration, le streptococcus pyogenes mélangé à d'autres micro-organismes, on peut arriver, à l'aide d'une méthode spéciale, à prouver que le streptocoque est le seul agent pathogène.

Contrairement à la théorie classique, les abcès à distance de la pyohémie ne reconnaissent pas toujours pour cause une phlébite utérine ou péri-utérine préalable. Des microbes charriés par le sang peuvent déterminer au loin des foyers de suppuration, sans qu'ils aient besoin de fragments de caillots comme véhicule.

Dans l'infection purulente chronique, les microbes, au bout d'un certain temps, restent enkystés dans le pus des abcès ; on ne les retrouve plus ni dans le sang, ni dans les organes. L'infection, qui était généralisée d'abord, est devenue localisée.

Quant à la pleurésie purulente, elle se présente chez les femmes puerpérales dans des conditions très diverses sur lesquelles nous ne pouvons insister ici.

2° Forme diphthéritique ou pseudo-membraneuse. La fausse membrane fibrineuse, que l'on observe quelquefois au cours de l'infection puerpérale, a tout l'aspect de celle que l'on rencontre dans la diphthérie légitime, et se présente, soit associée à diverses suppurations, soit à l'état pur sur la vulve, le vagin, la muqueuse utérine, les séreuses. Quant à la pathogénie et à la nature de cette diphthérie puerpérale, les uns la considèrent comme une forme d'infection spéciale, les autres n'y voient aucune différence avec la diphthérie légitime, maladie de Bretonneau et de Trousseau. L'examen microbiologique, pratiqué dans les cas où la fausse membrane s'observe à l'état pur et dans ceux où elle est associée au pus, prouve l'inexactitude de l'une et de l'autre opinion : *ces fausses membranes ont la même provenance que le pus des abcès et sont produites par l'action du streptococcus pyogenes.*

3° Forme septicémique pure sans suppuration ni fausses membranes. Dans certains cas la mort survient chez la nouvelle accouchée au milieu de tous les symptômes de l'infection puerpérale, sans que l'examen minutieux des organes décèle en aucun point de l'économie la moindre trace de suppuration ou la moindre parcelle de fausse membrane : c'est à cette forme d'infection que Widal réserve le nom de *forme septicémique pure.*

L'évolution de cette variété de septicémie est rapide ou lente. En s'appuyant uniquement sur les examens microbiologiques pratiqués dans trois autopsies, Widal affirme que cette forme septicémique, comme la forme pyohémique, comme la forme pseudo-membraneuse, reconnaît pour cause le streptococcus pyogenes.

IV. Pathogénie de la phlegmatia alba dolens puerpérale. — Rapports de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale.

C'est encore ce micro-organisme que Widal nous montre produisant la phlegmatia alba dolens : il a pu le rencontrer dans deux cas sur la coupe des veines atteintes se ralliant pleinement à la théorie nouvelle de l'origine parasitaire de la phlegmatia puerpérale, il vient l'appuyer à l'aide de faits probants et de constatations microbiologiques positives.

Cliniquement, il n'y a pas de phlegmatia alba dolens puerpérale sans symptômes fébriles préalables : la phlegmatia n'est que le second temps d'une infection dont la première étape avait été marquée par l'apparition de symptômes fébriles dans les quatre ou cinq jours consécutifs à l'accouchement.

De plus, l'anatomie pathologique et la microbiologie démontrent qu'entre la phlegmatia alba dolens la plus légère et la phlébite suppurée la plus grave, il n'y a que des différences de degré : la lésion est la même et la cause est identique.

Cette cause, c'est l'inflammation de la veine par dépôt sur son endothélium du streptococcus pyogenes charrié par le sang. Le caillot se forme consécutivement à cette inflammation de la paroi ; contrairement à l'opinion générale des auteurs, le caillot se transforme parfois en liquide, non pas puriforme, mais véritablement purulent.

Nous ne pouvons que signaler aujourd'hui rapidement l'importance pratique de ces données nouvelles, d'après lesquelles *toute phlegmatia puerpérale* d'origine utérine est de nature infectieuse ; appuyé sur des observations positives, Widal a pu ainsi affirmer, ce que bon nombre d'accoucheurs tendaient à admettre depuis quelque temps, ce que nous avancions timidement il y a quelques mois, en écrivant (1) : « Nous sommes convaincu que nombre de ces accidents (certaines formes de phlegmatia alba dolens, phlegmons du ligament large, pyo-salpingites, embolies, abcès métastatiques, pleurésie purulente, etc.), proviennent de l'infection : le rôle de l'antisepsie consiste à les prévenir en veillant à l'asepsie de l'accouchement et des suites de couches. » Reste à savoir si *toutes* les phlegmatias qui surviennent dans le cours de la puerpéralité sont d'origine utérine, en un mot si cette complication est *toujours* due à une faute commise contre les règles de l'antisepsie.

Enfin (et ce n'est pas là un des chapitres les moins nouveaux de ce travail), Widal aborde la question des rapports de l'érysipèle et de l'infec-

(1) Traité d'Antisepsie, t. II, page 423.

tion puerpérale : l'analogie de ces deux affections a été depuis longtemps indiquée en s'appuyant sur différents arguments cliniques tirés : 1° de la coïncidence des épidémies de l'une et de l'autre affection ; 2° des faits de contagion réciproque observés chaque jour entre les deux malades ; 3° de la présence fréquente chez la même femme de l'infection puerpérale et de l'érysipèle.

A la suite des expériences qu'il a pratiquées sur ce sujet, Widal a pu montrer que : 1° le streptocoque qui occasionne la dermite érysipélateuse peut causer à lui seul la suppuration dans l'érysipèle phlegmoneux ; 2° avec le streptocoque isolé des humeurs d'une femme atteinte d'infection puerpérale, on peut produire l'érysipèle comme avec le streptocoque isolé d'une plaque érysipélateuse.

V. Quelles conclusions tirer des faits intéressants, et pour la plupart nouveaux que nous venons d'analyser. Ici encore nous laisserons la parole à Widal, qui ne se contente pas de mener à bien les recherches les plus intéressantes, mais qui sait aussi manier habilement la plume et exposer ses idées sous une forme claire et élégante. « Un seul organisme, dit-il, le streptococcus pyogenes, suffit à produire les différentes formes cliniques et anatomiques aiguës ou chroniques de l'infection puerpérale vulgaire à porte d'entrée utérine. Il détermine la fausse membrane fibrineuse, le thrombus de la phlegmatia alba dolens, de simples altérations histologiques des parenchymes, aussi bien que le pus des abcès. Le polymorphisme des lésions qu'il occasionne est le point le plus intéressant de son histoire.

Ces formes morbides si diverses sont expliquées dans l'immense majorité des cas par des variations dans la virulence du microbe qui est leur cause commune.

Jusqu'à présent, dans l'étiologie des maladies infectieuses, on a coutume de compter seulement avec quatre facteurs : 1° la nature du microbe pathogène ; 2° la quantité de germes infectants ; 3° la porte d'entrée par laquelle ils pénètrent ; 4° le terrain sur lequel ils évoluent. Il faut s'habituer à compter avec un cinquième : la *virulence*. »

Dr G. Lepage.

REPORTAGE MÉDICAL

Variole. — Une épidémie de variole a éclaté dans la caserne des douaniers au Havre. La revaccination de tout le personnel de la caserne a été ordonnée par le directeur général M. Pallain, qui est allé sur les lieux.

Diphtérie. — Le Dr Seibert recommande l'emploi du sel de cuisine dans la diphtérie qu'on appliquerait au moyen du manche d'une cuillère sur les portions diphtéritiques. La toux et les crachats feraient rejeter les membranes et une nouvelle application serait faite sur la surface dénudée par la chute des membranes. La fièvre et la douleur diminueraient, paraît-il, bientôt après la première application.

Hôpital Boucicaut. — Le testament de Mme Boucicaut dont l'acceptation a été approuvée par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique porte à huit millions les fonds dont dispose aujourd'hui cette administration pour la fondation à Paris d'un nouvel hôpital.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Zeglicki, de Mauriac (Cantal), membre du Concours médical.

Revue Bibliographique des Nouveautés de la semaine.

De la localisation des lésions de la phthisie, par le professeur FOWLER, traduit de l'anglais et annoté par le docteur Tussau, in-8° de 36 pages avec 13 figures intercalées dans le texte .... 1 f.

Etude sur les diverses médications de la tuberculose pulmonaire, et en particulier sur le traitement par les inhalations d'acide fluorhydrique, par le docteur GILBERT.
Un volume in-8° avec 32 planches .... 6 f.

La Réforme et la Politique française en Europe, jusqu'à la paix de Westphalie, par le Vicomte de MEAUX.
Deux beaux volumes in-8° .... 15 fr.

Rabelais, sa personne, son génie, son œuvre, par PAUL STAPFER, professeur à la Faculté des lettres de Bordeaux.
Un volume in-18 jésus .... 4 fr.

Des Lymphangites, péri-utérines non puerpérales et de leur traitement par le curettage de l'utérus, par le docteur F. CANTIN, grand in-8° de 100 pages .... 2 fr. 50

Marches des armées Allemandes, du 31 juillet au 1er septembre 1870, par le GÉNÉRAL FAY.
Un album-portefeuille in-4°, 40 pages de texte, 20 pages de tableaux et 3 cartes grand in-folio, en couleurs .... 10 fr.

Charles X et Louis XIX en exil, Mémoires inédits du Marquis de Villeneuve, publiés par son ARRIERE-PETIT-FILS.
Un volume in-8 elzévirien .... 7 fr. 50

Marie-Antoinette, sa vie, sa mort, 1755-1793, par F. DE VYRE.
Un volume in-8 elzévirien .... 7 fr. 50

Correspondance Diplomatique de Talleyrand. La mission de Talleyrand en 1792. Correspondance inédite de Talleyrand avec le département des affaires étrangères, le Général Biron, etc... ses lettres d'Amérique à Lond Lansdwne, avec introduction et notes : par G. PALLAIN, ancien directeur au Ministère des affaires étrangères :
L'ouvrage forme un superbe volume in-8° cavalier enrichi d'un portrait de Talleyrand jeune, reproduit en héliogravure par Dujardin, d'après une miniature d'Isabey .... 8 fr.

Le Danemark. Histoire et Géographie, Langue, Littérature et Beaux-Arts, situation sociale, et économique, par H. WEITEMEYER.
Un volume in-8°. Copenhague .... 6 fr. 50

Devant la Nature, 2e série : ALBUMS REULLIER : Documents photographiques instantanés. Le numéro .... 2 fr. 50

Le Théâtre contemporain, par PAUL DE SAINT-VICTOR.
Un beau volume grand in-18 .... 3 fr. 50

La misère en France, à la fin du XIXe siècle, par ETIENNE MANSUY.
Un volume grand in-18 .... 3 fr. 50

Mathématiques et Mathématiciens. Pensées et curiosités recueillies par A. REBIÈRE, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé de mathématiques. Professeur au Lycée Saint-Louis.
Un magnifique vol. in-18 imprimé sur papier de Hollande, avec culs-de-lampe, têtes de chapitres, etc., titre rouge et noir, couverture Japon impérial .... 7 fr. 50
Le même, édition d'étude .... 3 fr. 50

Histoire générale de la Littérature Française, depuis ses origines jusqu'à nos jours, par HEUMANN PERGAMENI, professeur de Littérature française à l'Université de Bruxelles.
Beau volume in-8° de XIV 669 pages .... 9 fr.

Les volumes ci-dessus, ainsi que tous les autres genres d'ouvrages anciens ou nouveaux (Médecine, Science, Littérature, Voyages, etc.), seront fournis aux Membres du Concours Médical avec une réduction de **20 0/0**, sur les prix marqués ; frais de port et de recouvrement s'il y a lieu à la charge du destinataire.

Adresser toutes les commandes, demandes de renseignements et devis concernant les impressions, à MM. *G. Rongier et Cie, Editeurs de la Société du Concours Médical, place de l'Ecole de Médecine, 1, rue Antoine-Dubois.*

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année **N° 15** 13 Avril 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'aïnhum et les amputations congénitales.

On sait qu'il existe une maladie exotique décrite pour la première fois au Brésil sous le nom d'aïnhum par lequel la désignent les noirs africains (aïnhum veut dire *scier*). Cette maladie a pour symptôme capital la production d'un sillon annulaire sur un point des doigts ou des orteils ; ce sillon, qui au début n'est pas plus accentué que le sillon de constriction d'une bague, finit en se creusant graduellement, par détacher l'extrémité du doigt ou de l'orteil dont la partie restante n'est plus qu'un moignon conoïde.

On a cru d'abord que cette lésion ne siégeait qu'au cinquième orteil, on l'a rencontrée ensuite au quatrième, puis aux mains, et plus tard aux membres. Les travaux de MM. Fontan, Cognes, Guyot ont mis en lumière les points suivants. Cette maladie n'est spéciale ni à la race noire, ni aux colonies, elle se voit dans la race blanche et à tout âge, mais commence ordinairement dès la naissance. C'est vraisemblablement une trophonévrose et anatomiquement une sclérodermie circulaire.

La lésion caractéristique consiste dans la production dans le derme d'un trousseau fibreux, dont la rétraction progressive amène la formation d'un sillon et consécutivement l'atrophie des tissus sous-jacents. Ce trousseau fibreux est tendu transversalement dans le fond du sillon. Les glandes sudoripares fort abondantes dans la pulpe du doigt semblent être comme écartées par la formation de ce tissu fibreux ; par places, elles manquent complètement. Les papilles, déformées sur les parties latérales, ont disparu au fond du sillon.

Le processus rappelle évidemment beaucoup celui de la sclérodermie : atrophie des papilles et des glandes sudoripares, production dans le derme d'un tissu fibreux dépourvu de fibres élastiques, etc.

M. *Proust* vient de communiquer à l'Académie l'observation d'une jeune femme de 20 ans chez laquelle il existe un certain nombre de déformations congénitales rappelant l'aïnhum.

Elle offre du côté des membres supérieurs et inférieurs les altérations suivantes : 1° Au membre inférieur droit, pied-bot congénital avec enroulement très marqué en dedans. A la partie inférieure de la cuisse, du même côté, se voient deux sillons circulaires parallèles, situés à quatre travers de doigt l'un de l'autre ; 2° Sur le membre inférieur gauche, il existe au niveau du pli métatarso-phalangien du gros orteil, un sillon profond. La sensibilité est normale sur tout l'orteil comme sur le reste du corps ; 3° Au membre supérieur droit, les quatre derniers doigts sont réunis par des replis cutanés (syndactylie). L'index et l'auriculaire ne sont plus représentés que par la première phalange ; 4° A la main gauche, sillon vers la partie médiane de la première phalange du medius, second sillon vers le milieu de la deuxième phalange du même doigt. L'index n'a pas de troisième phalange. Conservation des réflexes.

Cette malade est née à Paris, de parents non consanguins ; elle n'a jamais voyagé et ne connaît personne dans sa famille qui soit atteint de lésions congénitales analogues à celles qu'elle présente.

Il y a lieu de se demander, suivant M. Proust, si l'aïnhum n'est pas une anomalie de même ordre que les déformations congénitales, fréquente seulement chez les nègres, etc., parce que les causes de malformation, et en particulier les unions consanguines, y jouent un rôle plus considérable.

Des désordres d'origine fœtale peuvent apparaître, semble-t-il, après la naissance.

En somme, les cas d'aïnhum, de déformations et d'amputations congénitales paraissent devoir être

considérés comme le résultat d'une maladie du fœtus, maladie débutant d'ordinaire et évoluant le plus souvent dans la cavité utérine, ou bien n'apparaissant qu'à une époque plus éloignée. Leur processus commun consiste dans la production, au milieu du derme, de trousseaux fibreux à disposition annulaire.

Encore les poêles mobiles.

La discussion académique a continué sur ce sujet brûlant sans que des arguments nouveaux aient été présentés. M. *Brouardel* a insisté sur ce que le plus grand vice des poêles mobiles est leur mobilité même. Il propose donc d'ajouter au rapport de M. Lancereaux les conclusions suivantes, la première ayant pour but d'interdire la mobilisation des dits engins: « Quels que soient les perfectionnements apportés à la construction des poêles dits mobiles ; quelles que soient les conditions imposées, la mobilité des poêles, surtout de ceux dont la combustion est lente, crée des dangers qui ont déjà fait de nombreuses victimes. L'adjonction à ces appareils de roulettes ou de tout autre procédé facilitant leur déplacement doit être interdit. »

La seconde vise surtout la sécurité des voisins, elle est empruntée au rapport de l'ingénieur Michel Lévy : « Dans tous les cas, le tirage doit être convenablement garanti par des tuyaux ou cheminées d'une section utile et d'une hauteur suffisante, complètement étanches, ne présentant aucune fissure ou communication avec les appartements contigus et débouchant au-dessus des fenêtres voisines. Il est utile que ces cheminées ou tuyaux soient munis d'appareils sensibles indiquant que le tirage s'effectue dans le sens normal. »

M. *Léon Colin* ne croit pas qu'il y ait lieu de réglementer l'usage des poêles chez les particuliers, mais il en réclame l'interdiction dans les réunions d'individus soumis aux bénéfices d'une surveillance sanitaire : casernes, hôpitaux, écoles.

M. *Gabriel Colin* a insisté, lui aussi, sur le triple inconvénient de la nature du combustible (coke ou charbon de terre qui produisent toujours beaucoup d'oxyde de carbone), l'extrême lenteur de la combustion et l'insuffisance du tirage.

La réfrigération par le spray contre l'hyperthermie.

Nous lisons dans la *Semaine médicale* que le Dr *Preyer* a signalé pour la première fois en 1884 un procédé de réfrigération ayant pour but de remplacer les bains froids et consistant à faire pulvériser sur le corps nu du malade, dont on veut abaisser la température, de l'eau à la température convenable. Sans déranger le fébricitant, on découvre toute la surface cutanée, et après avoir pris seulement le soin de protéger les draps du lit par une toile cirée ou des serviettes, on projette sur lui une fine poussière d'eau à 15, 18 ou 20° au moyen d'un vaporisateur quelconque.

M. le Dr *Placzek* a modifié le procédé de Preyer en faisant succéder à la pulvérisation d'eau froide une pulvérisation d'eau chaude, afin que cette dernière dilate largement les capillaires de la peau et favorise le rayonnement de la chaleur morbide. On doit naturellement faire varier la température de l'eau et la longueur de la séance suivant le degré de la fièvre, l'état du système nerveux et des forces du malade. Mais, en moyenne, on pulvérise 600 à 800 grammes d'eau à 18°, puis, aussitôt après, 200 grammes d'eau à 40°. La séance dure 20 à 30 minutes ; on en fait plusieurs par jour. On peut, suivant l'effet à obtenir, essuyer immédiatement le malade ou le laisser légèrement mouillé pendant quelque temps.

MÉDECINE PRATIQUE

Comment on doit faire l'examen clinique d'un diabétique.

Les diabétiques avérés ne sont pas rares ; chacun de nous en a plusieurs dans sa clientèle. Les diabétiques méconnus sont peut-être encore plus nombreux, malgré les progrès qu'a réalisés la clinique en apprenant à dépister le diabète d'après certains symptômes négligés autrefois ou rapportés à d'autres causes.

C'est parler comme M. de la Palisse, de dire que les diabétiques méconnus n'existeraient pas si les médecins examinaient toujours et systématiquement les urines de toutes les personnes qui les consultent. Mais, bien que l'examen urologique soit de plus en plus familier aux praticiens, il est malheureusement encore trop de confrères qui ne le pratiquent que dans certaines circonstances. On ne saurait trop répéter qu'*il faut toujours examiner les urines de tous les malades*. Si on se conformait à cette règle, on surprendrait dès l'origine la glycosurie à une époque où, encore faible, elle peut être enrayée assez rapidement par une hygiène sévère et presque sans médicament.

I

Ce sont souvent des spécialistes consultés par hasard qui, plus avisés que le médecin, dépistent un diabète ignoré : les dentistes instruits qui constatent une gingivite expulsive, un état fongueux des gencives ; les dermatologistes consultés pour quelque eczéma, pour un prurit vulvaire, quand ce n'est pas un syphiliographe auquel on vient soumettre une balano-posthite récidivante, ou un ophthalmologiste dont on requiert les soins pour une amblyopie, pour une cataracte.

Parmi les *symptômes révélateurs* il faut encore signaler des névralgies, surtout la sciatique et la névralgie faciale — la diminution rapide de la puissance génitale, — la furonculose, les troubles digestifs, notamment des diarrhées paroxystiques, un amaigrissement inexplicable, une perte progressive des forces physiques et de l'activité intellectuelle sans localisation morbide sur aucun organe, etc.. On n'en finirait pas s'il fallait énumérer toutes les modalités que revêt ce début apparent du diabète ; car, lorsqu'on est consulté pour le symptôme révélateur, la glycosurie existe en général depuis assez longtemps déjà, et le trouble nutritif générateur de l'hyperglycémie, dont la glycosurie est elle-même la conséquence, est encore de date plus ancienne.

Quand le médecin dans son cabinet vient de constater avec la liqueur de Fehling, la potasse ou le sous-nitrate de bismuth, que l'urine de celui qui le consulte fournit les réactions de la glycose, il ne doit pas se contenter, comme cela arrive

quelquefois, de dire à son client : « Vous êtes diabétique, ne mangez plus ni aliments sucrés, ni féculents ; mettez-vous au pain de gluten et prenez tel médicament (bromure de potassium, arsenic, lithine, etc., suivant les idées qu'a le médecin sur la thérapeutique du diabète) ».

Parler ainsi, c'est agir en pharmacien, comme aurait dit Lasègue. — Il ne suffit pas davantage de dire : « Faites doser de temps en temps la quantité de sucre qu'il y a dans votre urine et traitez-vous plus ou moins sévèrement suivant que cette quantité augmentera ou diminuera. »

Avant de dire à un homme qu'il est diabétique, il faut y regarder à deux fois.

D'une part parce que, si certains individus reçoivent assez philosophiquement cette nouvelle, il en est d'autres qu'elle atterre littéralement et qu'il n'est jamais bon de porter une rude secousse morale à un diabétique.

D'autre part, il ne faut pas plus se hâter de dire diabète quand on a seulement constaté de la glycosurie, qu'il ne faut lâcher le mot de méningite quand on est appelé près d'un enfant qui présente quelques symptômes méningitiques, — à moins qu'on ne soit désireux de se procurer l'honneur équivoque d'avoir guéri en quelques semaines une glycosurie transitoire ou en quelques jours des accidents cérébraux congestifs.

Il faut donc se contenter de demander au malade de revenir avec une analyse qualitative et *quantitative* de ses urines au point de vue des divers constituants : urée, acide urique, acide phosphorique, glycose, albumine, s'il y en a, et en ce cas de la présence d'éléments figurés, cylindres rénaux. Car il n'est pas indifférent d'être seulement glycosurique ou d'être en même temps albuminurique, et il est important de savoir s'il y a un chiffre normal d'urée ou une azoturie considérable, et de juger en un mot le taux de la nutrition de l'individu d'après les proportions des déchets urinaires. — Il ne faut pas non plus négliger la réaction de Gerhardt (addition de quelques gouttes de perchlorure de fer) qui, si elle colore les urines en brun-rouge, couleur vin de Bourgogne ou de Bordeaux, décèle l'état dit *acétonurique*, dont on connaît la signification au point de vue de la possibilité de certains accidents nerveux des plus graves (coma diabétique).

Quand on est en possession de ces renseignements urologiques, il y a lieu d'examiner minutieusement chez le malade :

1° Son hygiène alimentaire, et l'état de ses fonctions digestives ;

2° Son passé et son hérédité au point de vue de la pathogénie ;

3° L'état actuel de la nutrition et des réactions nerveuses ;

4° L'existence possible de complications.

Car chacun de ces points commande la thérapeutique.

II

En effet, avant de conclure au diabète, c'est-à-dire, à une glycosurie par hyperglycémie permanente, il faut éliminer la glycosurie alimentaire par usage excessif d'aliments sucrés ou par mauvais fonctionnement de l'appareil digestif, notamment par suspension de la fonction dévolue au foie d'arrêter la glycose venue de l'intestin, pour l'emmagasiner à l'état de glycogène et ne la livrer ultérieurement au sang en la faisant repasser à l'état de glycose qu'au fur et à mesure des besoins de l'organisme.

Dans la glycosurie d'origine digestive ou par torpeur des fonctions hépatiques, c'est seulement au moment de la digestion que la glycosurie existe et elle est proportionnelle à la quantité d'aliments sucrés ou féculents ingérés. D'où l'indication de faire analyser deux échantillons de l'urine de 24 heures, l'un recueilli trois à quatre heures après les repas, l'autre à une heure aussi éloignée que possible du repas précédent, celle du réveil par exemple. On délimitera par la palpation et la percussion le volume du foie.

On arrivera par ces moyens, dans certains cas, au diagnostic de glycosurie alimentaire par dyspepsie gastro-intestinale et par torpeur hépatique, et à guérir rapidement le malade par la simple hygiène alimentaire et le traitement des troubles digestifs.

L'état des fonctions digestives n'est pas moins important à connaître dans le diabète vrai ; car la déchéance de l'appétit et les spoliations que causent certains troubles digestifs, la diarrhée par exemple, assombrissent singulièrement le pronostic parce qu'elles compromettent gravement la nutrition déjà viciée par l'hyperglycémie.

Les antécédents personnels et héréditaires sont intéressants au point de vue pathogénique ; car ils permettent d'établir avec quelque vraisemblance la nature du diabète. Quelque théorie que l'on adopte au point de vue pathogénique (et les théories ne manquent pas), il faut cependant accepter que le diabète n'est pas le même dans son évolution, sa ténacité, son traitement, suivant qu'il est survenu accidentellement sous l'influence de causes nerveuses sans prédisposition héréditaire, ou suivant qu'il avait été préparé dès la naissance par une hérédité arthritique, dont la fréquence n'est plus contestée par personne.

Etablir la *filiation arthritique* est donc une des parties non négligeables de l'examen d'un diabétique ; c'est d'abord le diabète lui-même, qu'il faut rechercher chez les ascendants, puis l'obésité, les lithiases, la goutte, etc., toutes ces maladies qui attestent dans une famille le ralentissement permanent de la nutrition. Dans les antécédents personnels, c'est encore ces mêmes maladies qu'on recherchera.

L'*obésité* est en connexion particulièrement étroite, comme on sait, avec le diabète. Récemment un allemand, Kisch, en fournissait une nouvelle preuve dans une étude sur le diabète dit *lipogène*. D'après l'expérience de l'auteur, plus de la moitié des obèses héréditaires deviennent diabétiques et dans les autres cas d'embonpoint exagéré on rencontre encore le diabète 15 fois sur 100. D'après le tableau généalogique de plusieurs familles, Kisch établit que souvent dans une famille certains membres offrent dans leur jeunesse une obésité manifeste, tandis que d'autres sont diabétiques, sans être obèses, ou bien quelques membres de la famille présentant un embonpoint exagéré sont atteints de diabète entre 30 et 40 ans.

En général chez les obèses, il est fréquent de rencontrer, quand l'attention est portée de ce côté, une glycosurie qui n'est que passagère et intermittente, puis au bout d'un certain nombre d'années, elle devient continue, le diabète est constitué. Or, si on avait obligé de bonne heure l'obèse à combattre par l'hygiène le trouble nu-

tritif lipogénique, on aurait pu prévenir le diabète.

Quand, en l'absence d'hérédité arthritique, on trouve chez le malade des antécédents personnels qui expliquent chez lui un ralentissement graduel de la nutrition (alimentation excessive et sédentarité, c'est-à-dire, excès de recettes et absence de dépenses) — *arthritisme acquis* — on a une indication curative qui prime toutes les autres et aussi un utile renseignement pronostic ; car un diabète acquis de la sorte est moins rebelle en général que le diabète des arthritiques de naissance.

Si au contraire on note dans les commémoratifs quelque choc nerveux traumatique ou moral ou l'influence prolongée d'une surexcitation psychique, la thérapeutique bénéficiera incontestablement de cette notion ; car dans la curation d'un *diabète d'origine nerveuse* il y a une part plus large à faire à la médication sédative, ou névrosthénique, que dans le diabète arthritique. Au premier conviennent plutôt les médicaments tels que le bromure et l'antipyrine, ou l'arsenic ou la strychnine ; au second plutôt les alcalins, les médicaments d'épargne, la codéine, la valériane et surtout l'hygiène alimentaire.

D'ailleurs, la pratique nous montre chaque jour la réunion de ces deux ordres de causes ; chez un arthritique de naissance, la prédisposition est à un moment donné de la vie mise en jeu par une influence nerveuse occasionnelle et il y a une part égale à faire aux deux facteurs dans la thérapeutique.

L'état actuel de la nutrition du diabétique nous est fourni par la connaissance des variations de son *poids*. Un diabétique doit se peser souvent et enregistrer parallèlement les chiffres de ses pesées, ceux des dosages du sucre, et ceux de l'urée éliminée. Car les variations dans l'élimination de l'urée et de l'acide urique nous renseignent non moins utilement que la permanence de son poids sur le taux de sa nutrition.

L'examen des *fonctions de la peau*, l'existence de dermatoses et de troubles trophiques (névrites) etc., sont encore des renseignements sur la nutrition générale.

La recherche des réactions nerveuses s'impose aussi, et c'est à l'état des *réflexes tendineux*, on le sait depuis les travaux de M. Bouchard, qu'il convient de demander dans quelle mesure le système nerveux central se trouve affecté par l'hyperglycémie ; la disparition du réflexe rotulien est toujours fâcheuse chez un diabétique, sa réapparition de bon augure. L'état du sommeil, celui des fonctions génitales, de la mémoire, des organes des sens sera soigneusement interrogé.

Enfin, on auscultera minutieusement l'appareil respiratoire au point de vue de la recherche de la *tuberculose*, qui survient si insidieusement chez les diabétiques et assombrit si fort le pronostic.

C'est par l'ensemble de ces constatations qu'on arrive à pouvoir établir à peu près correctement le bilan d'un diabétique, et c'est seulement après avoir comparé soigneusement les diverses données du problème qu'on doit commencer à exposer au malade quelles obligations sa situation lui impose. Nous reviendrons prochainement sur ce point.

P. LE GENDRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'indemnité en cas de maladie par l'Association générale.

En février, l'Association de l'Oise et tout récemment, en mars, l'Association de la Gironde ont pris en considération la *proposition Cézilly* pour l'étude des moyens propres à permettre à toutes les branches de l'Association générale la délivrance d'une indemnité aux sociétaires malades, moyennant une cotisation supplémentaire. Il s'agirait de déterminer celle-ci et de fixer la durée et la quotité de l'indemnité qui en serait la conséquence.

M. Cézilly, président de l'Association de l'Oise, a été chargé de présenter et de soutenir à l'assemblée générale de l'Association, le 12 mai, le vœu émis par la Société qu'il préside.

Dans la Gironde, le Dr Lasalle (de Lormont) a présenté à l'Association de son département les raisons qui militent en faveur de cette modification, au fonctionnement de l'Association générale, et c'est à l'unanimité que l'assemblée a adopté le même vœu que l'Association de l'Oise :

« *La société locale de l'Oise émet le vœu que le Conseil général veuille bien mettre à l'étude les voies et moyens nécessaires pour délivrer l'indemnité en cas de maladie à tous les membres de l'Association générale, société de prévoyance et de secours mutuels.* »

Nous savons que la proposition du directeur du *Concours* est également prise en considération par plusieurs autres sociétés.

Œuvres de l'indemnité de maladie et des veuves et orphelins.

M. Cézilly, président de la Société locale de l'Oise.

Monsieur et très honoré confrère,

L'Association des médecins du département d'Alger me charge de vous transmettre l'extrait suivant du procès-verbal de la séance générale du mois de mars, relatif à votre proposition de fondation par l'*Association générale* d'une *caisse spéciale pour les veuves et orphelins.*

« Sans abandonner le projet de caisse de retraites que l'Association d'Alger a adopté à plusieurs reprises, projet qui donnait satisfaction au but poursuivi par la *Société de l'Oise*, puisque les veuves et orphelins étaient, d'après ce projet, certains de toucher au moins, à la mort du chef de famille, l'équivalent des sommes versées par ce dernier, l'Assemblée, pour parer à des éventualités malheureusement pressantes, adopte en principe l'idée d'une *caisse spéciale pour les veuves et les orphelins.*

« Elle adopte aussi le principe de la création d'une *caisse d'indemnité pendant la maladie* pour tous les membres de l'Association qui déclareront vouloir y participer.

Permettez-moi, monsieur et très honoré confrère, après cette communication officielle, de vous exprimer personnellement mes sentiments de vive sympathie pour la persistance avec laquelle vous poursuivez depuis si longtemps l'œuvre de l'amélioration de la situation matérielle et

sociale des membres de la grande famille médicale.

Le secrétaire général de la Société locale d'Alger,

Dr Merz,
Professeur à l'Ecole de médecine, chirurgien de l'hôpital d'Alger.

Association des médecins de France.

Vingt-neuvième Assemblée Générale.

Ordre du jour de la séance du dimanche 12 mai 1889.

1. Allocution du Président ;
2. Exposé de la situation financière ;
3. Rapport sur cet Exposé, par M. Boutin, membre du Conseil général ;
4. Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1888, par M. A. Riant, Secrétaire-général ;
5. Première partie du Rapport de M. Passant, sur les pensions viagères à accorder en 1889.

A sept heures précises, le banquet, (Hôtel continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 13 mai 1889.

1re Partie.

1° Vote du procès-verbal ;
2° Approbation des comptes;
3° Deuxième partie du Rapport de M. Passant, sur les pensions viagères ;
4° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1890 ;
5° Election d'un membre du Conseil général de l'Association, en remplacement de M. Leroy de Méricourt, démissionnaire ;
6° Renouvellement partiel du Conseil général : Membres du Conseil à renouveler : MM. Lannelong ue, Passant, Hérard, de Ranse, Bancel, Dufay. (Les membres du Conseil sont rééligibles.)

2e Partie.

1° Rapport de M. Durand-Fardel, sur le vœu de la Société de l'Orne. (*Réglementation des vœux*).
2° Rapport de M. Bucquoy sur le vœu des Sociétés du Rhône et de la Marne. (*Mise au concours de toutes les places de médecin d'hôpital, etc.*)
3° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société de Laon, Vervins, Château-Thierry (*Assistance dans les campagnes*) et le vœu de la Société de Châtillon-sur-Seine (*Direction générale de la santé publique*).
4° Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de Rapports en 1890.

Nota. — Nous ferons remarquer que l'article 4 de la séance du lundi, placé en dernière ligne, a bien des chances d'être non avenu. C'est pourtant l'article le plus important, celui qui permet aux Sociétés d'exprimer leurs sentiments sur les actes de l'Association dans toute une longue année !!

Dépôt du diplôme.

En Seine-et-Oise, un médecin s'est établi et l'enregistrement a perçu une taxe de 7 fr. pour le dépôt au greffe.

Nous savons que dans d'autres départements il suffit d'adresser son diplôme à la sous-préfecture qui le renvoie sans rien réclamer.

M. Lordereau, consulté, nous répond : « Le greffe du tribunal ne peut recevoir le dépôt du diplôme sans constater ce dépôt par un acte qui est forcément soumis à l'enregistrement et entraîne quelques frais.

« Il n'en est pas de même pour ce dépôt à la préfecture ou sous-préfecture, formalité purement administrative. »

Nous en concluons que, pour éviter la taxe, il faut se contenter de ce dernier dépôt.

MÉDECINE LÉGALE.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Brouardel,

Le Médecin d'autrefois et le Médecin d'aujourd'hui.

(Leçon d'ouverture recueillie par M. Joseph Davéo.)

Messieurs,

Avant de commencer l'histoire des blessures et empoisonnements qui feront la matière du cours de cette année, permettez-moi de consacrer cette première leçon à une question qui pèsera sur toute votre carrière soit que vous exerciez dans une ville, soit que vous alliez porter dans nos villages le fruit des enseignements qui vous auront été donnés dans cette Faculté.

J'ai pensé donc qu'il y aurait intérêt non pas à faire devant vous l'histoire de la médecine, mais à vous dire ce que c'est que le médecin de 1889.

Sous l'influence de doctrines qui ne datent pas de dix ans la médecine a été complètement bouleversée. Vous n'avez peut-être pas réfléchi aux suites que pourraient avoir les doctrines Pastoriennes qui ont ouvert une voie nouvelle à la carrière médicale.

Autrefois en province le médecin n'était que le *medicus familiaris*, ses attributions ne sortaient pas de la famille, il ne s'occupait que d'un nombre restreint de malades ; aujourd'hui, quelle que soit la localité où vous vous installerez, il dépendra de vous non plus de soigner les personnes composant telle ou telle famille, mais votre circonscription médicale entière, il dépendra de vous d'arrêter les épidémies ou d'enrayer leur propagation. A côté de ce médecin de famille de tout à l'heure se trouvera un médecin dont les fonctions plus complexes seront plus difficiles à remplir. Autrefois la responsabilité du médecin n'existait que vis-à-vis de la famille, actuellement on a pour juge la presse surtout, qui s'occupe de toutes les questions plus ou moins contingentes ou tangentes à la médecine.

Dans les temps les plus reculés de l'histoire, les prêtres seuls distribuaient la médecine. Ensuite il y eut une époque de laïcisation, certaines castes seules s'occupaient de l'art de soigner les malades. Au moyen âge on fit intervenir la sorcellerie et dans notre siècle nous retrouvons dans les robes de nos professeurs les souvenirs des prêtres médecins et dans le public la crédulité aux annonces de la quatrième page des journaux.

Transportons-nous de quelque temps en arrière et entrons dans le cabinet de travail du médecin de 1830.

Dans sa bibliothèque nous y voyons en fait d'ouvrages tout ce que le médecin avait alors

qu'il était étudiant. Le volume le plus récent, c'est celui qui a paru au moment de sa thèse. Tout est là. Le médecin y ajoutait, il est vrai, son expérience personnelle et, je dois le dire hautement, il y avait d'excellents médecins, mais ils n'avaient à répondre de leur pratique que devant les familles. Leur responsabilité était tellement limitée qu'en 1836, lorsque la première question de responsabilité médicale fut portée devant les tribunaux et que l'on appliqua la loi de ventôse an XI, il y eut un tolle général !

A ce moment le médecin vivait exclusivement pour ses clients ; il avait bien, il est vrai, à supporter les critiques de son compétiteur, car dans le public les médecins passent pour s'envier entre eux et vous n'êtes pas sans connaître le vieil adage : *Pessima invidia medicorum.* Tout autrefois était donc organisé pour cette fonction éminemment restreinte du médecin, tout pour la clinique, alors qu'aujourd'hui à mesure que le rôle du médecin s'agrandit, le besoin de chaires nouvelles se fait de plus en plus sentir.

Autrefois le médecin avait un certain prestige, c'était le plus instruit du canton et personne ne cherchait à discuter le bien fondé de son diagnostic et de son traitement.

Allez maintenant dans n'importe quelle bourgade où il arrive un ou deux journaux. Dans ces journaux vous trouverez, non pas à la quatrième *page*, mais dans le corps même, des articles appréciant les diverses méthodes médicales. De plus, lorsque à l'Académie de médecine quelqu'un vient recommander un remède nouveau, de suite le journal en parle et quarante-huit heures après la séance de l'Académie le client court chez son médecin, le journal à la main, réclamant le nouveau traitement.

Que voulez-vous qu'il réponde ce médecin ? Il connaît le nouveau remède tout autant que son client pour avoir jeté un coup d'œil sur le journal. Acculé, pressé, il cède et donne le remède qu'il ne connaît pas. Il agira peu ou bien tuera le malade. Tel sera le résultat.

L'opinion du médecin autrefois inviolable se trouve donc aujourd'hui contrebalancée par l'opinion d'un simple rédacteur.

De plus, actuellement, grâce aux chemins de fer, le malade va consulter à la ville ou bien fait venir un médecin dont la renommée est arrivée jusqu'à lui ; il en résulte que l'autorité du médecin en est amoindrie.

Plus quelque chose se perfectionne, plus la spécialisation est obligatoire, c'est dans la fatalité des choses et il s'en suit pour le *medicus familiaris* une sorte de malaise.

En 1854, quand les médecins ont été inquiets parce que quelques-uns avaient vu la veuve ou les enfants de quelque confrère vivre dans la gêne, on créa l'Association Générale ; aujourd'hui on se syndique.

Autrefois le médecin se disait : « Tant que je vis, les miens vivront. » Maintenant il doit s'affilier à une association pour payer les jours de chômage !

Il y avait autrefois *dix-huit mille* praticiens en France, actuellement nous en comptons à peine un peu plus de *onze mille*, et sur *trente-six mille* communes, *vingt-neuf mille* n'ont ni médecin ni officier de santé ! Pourquoi ? parce qu'on ne peut pas y vivre !

Le médecin un peu déconsidéré, attaqué dans la presse, a essayé de s'y défendre. Je ne vous citerai à ce sujet que deux exemples : celui du Dr W. qui, attaqué dans le *Matin* à propos de la mort d'un peintre célèbre, voulut répondre et révéla des choses confidentielles, le parquet intervint et notre confrère fut condamné par les tribunaux après avoir été bafoué par la presse.

Vous n'êtes pas sans connaître cette femme aliénée qui, tout récemment, au sortir de la maison où elle avait été détenue, attaqua le médecin ; celui-ci pour se défendre publia l'observation détaillée de cette malade et fut condamné pour violation du secret professionnel.

Si la presse vous attaque, vous n'avez qu'une chose à faire : supporter ses attaques avec une patience absolument philosophique ; et ici, permettez-moi de vous donner un conseil. Jamais, quel que soit le journal, n'essayez de vous défendre, écrivez dans les journaux de médecine, mais jamais dans les journaux politiques.

Je vous disais, il y a un instant, que le médecin d'aujourd'hui est obligé de sortir du rôle intime qu'il jouait il y a vingt ans ; on n'a pourtant pas attendu 1889 pour qu'il y ait des médecins qui s'occupent de la santé publique. La prophylaxie sanitaire a été, en effet, instituée par Moïse, c'est aux mains du prêtre qu'elle est confiée. « Il sera, dit-il, chargé d'inspecter les « lépreux, de les isoler, de purifier leurs vête-« ments, de râcler les murailles des habitations, « d'enlever les moellons et de les porter hors du « camp... » C'est lui aussi qui écartera du sacrifi-« ce les animaux malades, entre autres le porc. »

En Grèce il y avait des médecins municipaux dont on peut suivre l'origine jusqu'à plus de cinq siècles avant J.-C. Nommés à l'élection par les citoyens, ils étaient salariés par les villes sur le produit d'un impôt particulier (ιατριχον). Ils touchaient un talent, c'est-à-dire six mille francs, à Athènes dix mille francs, et parfois même deux talents ; beaucoup plus qu'un grand nombre de médecins d'aujourd'hui. Ils avaient le devoir de distribuer les secours de l'art à tous ceux qui les réclamaient et leurs services devenaient précieux en temps d'épidémie. En effet, Hippocrate, mandé en Macédoine, y envoya son fils Thessalus avec des instructions médicales, tandis que son autre fils Dracon et son gendre Polybe étaient dépêchés dans d'autres directions.

Toutefois nous ne trouvons pas dans l'antiquité des traces de médecine des pauvres. Hippocrate a même soin de dire : « Tu ne soigneras pas un « incurable, tu te compromettrais et tu compro-« mettrais la science. »— Ainsi donc, au point de vue de la médecine publique nous faisons maintenant ce qui avait été inventé alors, nous demandons en ce moment-ci qu'il y ait des médecins qui soient chargés de la médecine publique. Par conséquent, s'il y a le médecin malgré lui de Molière, il peut fort bien y avoir aussi le *medicus publicus malgré lui !*

Au point de vue de l'hygiène, le rôle du médecin est aujourd'hui énorme, de même que vous pouvez laisser se propager une épidémie par votre faute, de même vous pouvez l'enrayer. Vous vous souvenez tous du choléra qui sévissait en Italie et en Espagne en 1886. Importé d'Espagne aux environs de Narbonne, le fléau fut enrayé, grâce au médecin de la localité, qui fit badigeonner toutes les maisons de sublimé. A la même époque un Italien, franchissant notre cordon sanitaire des Alpes, vint infecter toute

une famille à Marseille. Le professeur Rampal n'hésita pas, il fit brûler les hardes de cette famille et l'épidémie s'arrêta. A Marseille, d'après ce qui m'a été dit il y a huit jours dans cette ville par le président de la Chambre de commerce, l'épidémie de 1884 et 1885, avait coûté *trois cent millions !*

Au point de vue de la variole, vous savez que l'on fait des efforts pour rendre la vaccination obligatoire comme en Allemagne. Dans ce pays, avec la loi de 1874, c'est honteux à dire, on n'a constaté en 1887 que 35 cas de variole, alors qu'en France, à Marseille seulement, il y a eu 545 cas !

Je pourrais vous citer encore les épidémies diverses qui ont sévi sur notre armée en Tunisie, au Tonkin et au camp du Pas-des-Lanciers.

Il est vraiment regrettable que le médecin ne soit plus le prêtre d'autrefois, car il serait peut-être plus écouté en prêchant qu'il ne l'est maintenant. Le devoir du médecin aujourd'hui est de faire comprendre aux autorités qu'elles ne remplissent pas leur devoir en ne protégeant pas leurs concitoyens contre les épidémies et que, de plus, elles compromettent la défense nationale en laissant succomber ceux qui ont pour mission de veiller sur la patrie. Vous voyez jusqu'où peut aller le rôle que vous serez appelés à jouer !

Au point de vue alimentaire le rôle réservé au médecin n'est pas moins grand. Nous sommes, en effet, dans un moment où nous pouvons être empoisonnés non seulement par les microbes et les vibrions de toute sorte, mais encore par les falsifications alimentaires.

Autrefois on ne se plaignait que de quelque peu d'eau ajoutée au vin ; aujourd'hui des capitaux immenses sont uniquement consacrés à la falsification de la bière et du vin; et, pour ne vous citer qu'une affaire, celle des vins de Hyères, où plus de cinq cents personnes ont été empoisonnées à cause de l'arsenic qui avait été substitué au plâtre, cette affaire aurait pu être évitée par l'existence d'un laboratoire municipal. Paris a donné l'exemple, espérons qu'il sera suivi.

Quoique la médecine légale remonte à Charles-Quint, il n'y a que depuis ces dernières années qu'on s'en occupe et vous pouvez voir de quelle façon. Si c'est d'un crime qu'il s'agit, les journaux s'empresseront de raconter en détail l'assassinat, de donner l'histoire du ou des criminels, ils essaieront même d'interviewer le médecin légiste, mais souvenez-vous que, sous aucun prétexte, vous ne devez parler dans le cours de l'instruction. C'est surtout lorsqu'il s'agit d'aliénation mentale que le médecin est en butte aux critiques. Presque toujours dans le public on comprend l'aliénation mentale comme on la comprend au Théâtre-Français ; on perd la raison comme on perd son porte-monnaie. Vous vous trouverez en présence d'appétits divers, de discordes de famille ; les journaux qui ne sont pas tenus de savoir les raisons pour lesquelles vous avez agi, s'imaginent que le certificat vous a été grassement payé, de là des polémiques dont vous êtes toujours la victime. Vous savez combien l'aliénation mentale a subi de modifications depuis quelques années et à tel point même qu'on soutient maintenant en Italie que tous les criminels sont nés criminels. Cette doctrine ne tend à rien moins qu'à supprimer le Code Pénal et à mettre la justice entre les mains du médecin ; elle sera discutée en août prochain au Congrès d'anthropologie de Paris et il sera très intéressant de voir les curieuses conclusions qui en seront tirées.

Pour arriver à faire des médecins qui puissent répondre aux progrès actuels, la Faculté a été presque entièrement reconstituée, un grand nombre de laboratoires ont été construits. On apprend aujourd'hui peu de chose dans les livres; le laboratoire, voilà ce qui donnera les meilleurs médecins et les premières positions médicales seront prises par ceux qui en sortiront. Si vous avez manié, fait les expériences par vous-mêmes, vous saurez juger et profiter des travaux que vous lirez plus tard dans les publications scientifiques. Car vous savez que nous traversons une période riche en découvertes. Je ne dis pas qu'il n'y ait des audacieux, loin de là; mais ce qui est certain, c'est que les découvertes pastoriennes sont incontestables.

Les Allemands ont fait tout pour prendre Pasteur et ses élèves en faute, ils ont dû capituler, la critique est aujourd'hui morte au delà du Rhin !

Ces nouvelles théories, vous devez partir d'ici en les connaissant, car c'est sur elles que seront basées les découvertes à venir. Nous nous débattons aujourd'hui d'une part entre les exigences d'un public qui attend de nous des remèdes sûrs contre les maladies dont la cause nous est à peine connue ; d'autre part, nous sommes en présence de l'opinion publique et de la presse qui veut discuter sans les connaître les questions scientifiques. De plus, nous avons perdu l'autorité sur le client et nous ne sommes plus seulement responsables devant les tribunaux, mais encore devant l'opinion publique.

Nous sommes donc loin du fameux droit que nous donnait Molière « *occidendi impunè per totam terram* » et de ce que cite Montaigne « *que « les médecins ont cet heur que le soleil esclaire « leur succès et que la terre couvre leur faute !* »

En résumé, vous avez pu voir que, dans cette profession médicale qui a la réputation d'être absolument indépendante, vous ne serez à l'avenir que des fonctionnaires. Quoi que vous soyez, vous serez fidèles aux postes qui vous seront confiés. Je ne connais que deux médecins qui aient abandonné leur poste en temps d'épidémie : Galien et Sydenham ; en France il n'en a jamais existé. Souvenez-vous toujours qu'on peut demander à un médecin toute sa vie et qu'il doit savoir la donner !

CORRESPONDANCE

A propos de la suette chronique.

Monsieur et honoré Directeur,

Dans un des précédents numéros du *Concours*, je vois une lettre de notre confrère Pineau (du Château-d'Oléron) réclamant la priorité de la description de la suette chronique et en faisant « une névrose tellurique ». J'ai décrit une suette chronique indépendante de l'impaludisme sans avoir eu connaissance des travaux du confrère et je vais me procurer ce travail. J'ai en ce moment une femme de 40 à 50 ans chez laquelle la suette s'est établie insidieusement à la suite d'albuminurie, dans un village où je n'ai jamais soigné l'impaludisme. Si donc la suette chronique décrite au Congrès de La Rochelle est impaludique, ce n'est pas la même et, si elle n'est pas impaludique, je me suis

rencontré avec le Docteur Pineau sans avoir eu connaissance de son étude.

Veuillez agréer, etc.

M. Combaud, à Sancerre (Cher).

A propos des poêles mobiles.

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

En lisant le rendu-compte de l'Académie de médecine, j'avoue que j'ai été désagréablement impressionné. Après cette déclaration faite par un académicien : « Le public apprécie trop le bénéfice « économique des poêles à combustion lente pour « qu'on songe à les prohiber tous par une ordon- « nance de police », il est clair que la docte assemblée se désintéresse de la question. J'espérais pourtant, en voyant le débat porté devant cette tribune, qu'on allait le trouver digne d'arrêter un peu plus l'attention. Mais on trouve, parait-il, la question trop pratique et ne se prêtant pas assez à des élucubrations transcendantes. Il y avait un point cependant pouvant donner lieu à des vues théoriques, point sur lequel le *Concours* fait appel aux confrères, c'était d'étudier les désordres physiologiques engondrés par l'empoisonnement chronique attribué aux poêles à combustion lente.

M. Vallin trouve les conclusions de M. Lancereaux inadmissibles. Il est bien certain qu'on ne pourrait les mettre en pratique ; c'est ce que je concluais aussi dans la dernière lettre que je vous ai adressée. Mais il ne faut pas croire que la conclusion de M. Vallin présente plus d'avantages. Quel est, *en France*, le locataire ou propriétaire qui *paiera* une cotisation annuelle pour laisser des agents inspector sa maison de la cave au grenier ? Mais enfin, laissons l'Académio ontonner le « Paulo majora canamus. »

Je ne vois plus alors, pour me mettre à l'abri des accidents qui me menacent chaque jour, que de m'adresser à M. le préfet de police. Je loue un logement ; au-dessous se trouve installé un poêle américain ; quels moyens me donnera-t-on pour me mettre en garde contre le danger permanent ? Jo ne viens pas demander qu'on empêche mon voisin de s'empoisonner, si bon lui semble. S'il lui plaît de jouer avec un revolver dont il ne connaît pas le maniement, j'aurai soin de ne pas me mettre devant le canon. Je serai en sûreté. Puis-je en dire autant de son poêle ? Je ne puis me mettre à l'abri de ses funestes effets. C'est sous ce dernier point de vue qu'il faut envisager la question : libre à vous de vous empoisonner, mais je demande le moyen de vous empêcher d'attenter à mes jours.

Si M. Le Roy de Méricourt se fait le défenseur des poêles mobiles, c'est, dit-il, parce qu'il reconnaît « qu'ils répondent à des besoins écono- « miques et qu'ils ont aujourd'hui la faveur du « public ». Nous n'avons plus alors qu'à demander au public et à l'économie de nous tracer les lois de l'hygiène !

Quant à l'oxycarbonimètre, j'ai lu et je crois qu'il ne faut nullement compter sur cet instrument. Pour l'anthracite, vous ne le verrez pas employer (justement à cause de sa mauvaise odeur qui seule cependant peut donner des renseignements) et de l'oxydation rapide des tuyaux.

Je termine en souhaitant, M. le directeur, que les conseils d'hygiène reprennent la question qui a été trouvée déplacée à l'Académie de médecine, et vous prie d'agréer mes remerciements avec mes salutations empressées.

Dr H. Taillefer,

Châteauneuf (Eure-et-Loir).

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles

Liste des membres du nouveau *syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.*

Bureau : MM. les Docteurs :

De Fourmestraux (Trappes), *Président* ;
Darin (Chaville), *Vice-Président* ;
Jeanne (Meulan), *Secrétaire-Trésorier.*

Membres : MM.

Boyer (La Celle-Saint-Cloud) ;
Callais (Les Mureaux) ;
Chanu (Meudon) ;
Dupont (Triel) ;
Gailhard (Chatou) ;
Gibeston-Dubreuil (Jouy-en-Josas) ;
Groussin (Meudon) ;
Larger (Maisons-Laffite) ;
Lécuyer (Montesson) ;
Ledermann (Sèvres) ;
Legoy (Houilles) ;
Le Menant des Chesnais (Ville-d'Avray) ;
Midrin (Sèvres) ;
Pannetier (Triel) ;
Pineau (Poissy) ;
Peyromon-Debord (Orsay) ;
Martin (Orgeval) ;
Loncle (Maule) ;
Landry (Maule) ;
Ribard (Meudon) ;
Surre (Saint-Cloud) ;
Juvigny (Saint-Cloud) ;
Ferrey (Andrézy) ;
Katz (Conflans) ;
Toussaint (Sèvres) ;
Tourneur (Bougival) ;
Gille-Bréchemin (Garches) ;
Collin (Conflans).

Total 28 membres.

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise.

Assemblée générale du 17 *Janvier* 1889.

La séance est ouverte à quatre heures, sous la Présidence du Dr Leroy ; 21 membres sont présents. Se sont excusés, par lettre ou par dépêche, les Drs Lemaire, Toussaint, Biron, Okyngzic, Barbier, Bruel. Le Dr Witkowsky envoie sa démission pour cause de départ.

Le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière séance et fait le compte rendu de la situation financière du Syndicat. Le procès-verbal et les comptes sont approuvés.

Il est procédé au renouvellement du Bureau pour l'année 1889. Sont nommés :

Président. Dr Bibard (de Pontoise).
Vice-Président. Dr Milet (de Montmorency).
Secrétaire-Trésorier. Dr Didier (de Montmorency).

L'ordre du jour appelle la délibération sur la question de : *l'Association mutuelle en cas de maladie*. La question est trop vaste et trop importante pour qu'une solution ferme soit adoptée. On se borne à un échange d'observations et d'opinions. Cependant la majorité des membres présents pense que *l'Association générale des médecins de France* devrait être dirigée et ramenée vers son véritable but : c'est-à-dire être une véritable société de Secours Mutuels et rendre tous les services que rendent dans toutes les autres professions les Sociétés similaires, quitte à exiger de ses membres une cotisation plus élevée. Il est fait observer que la profession médicale est dans une situation particulièrement favorable au point de vue des frais. Ce qui grève notablement les sociétés de Secours Mutuels ordinaires, ce sont les frais médicaux et pharmaceutiques : ces dépenses seraient beaucoup moindres pour nous autres médecins.

On pense que *l'Association générale des médecins de France* est assez riche pour ne plus se borner seulement à distribuer quelques rares pensions et à capitaliser, capitaliser toujours. L'association a rendu et rend encore de grands services, il serait injuste de le méconnaître. Mais n'est-elle pas, comme toutes les grandes organisations, susceptible de *progrès*, de transformations, d'améliorations ? Toute l'ambition de son dévoué Trésorier général doit-elle se borner à venir, tous les ans, à l'assemblée générale, dire : « Nous avons cette année tant de mille francs de plus en caisse ? » — Ne devrait-on pas prendre pour objectif maintenant de pouvoir dire tous les ans aux sociétaires : « Cette année nous avons donné tant de mille francs de plus ; nous avons étendu le bienfait de notre association non seulement aux veuves de médecins, mais aux médecins eux-mêmes. Nous avons secouru les malades, etc., etc. »

En résumé, l'association fait un peu de bien ; elle peut en faire beaucoup plus !

Le secrétaire donne lecture de son rapport sur la question des compagnies d'assurances.

A la dernière assemblée, il avait été décidé qu'un questionnaire sur ce sujet serait adressé à tous les médecins syndiqués. Beaucoup de confrères ont répondu à cette sorte d'enquête. Il résulte des documents reçus que les Compagnies d'assurances contre les accidents n'offrent pas à tous les médecins des conditions identiques. Quelques-unes ne demandent aux médecins que la constatation de l'accident et celle de la possibilité de reprise du travail, et allouent pour ces deux certificats 5 fr. ou 6 fr. Les soins restent à la charge du sinistré ou du patron. D'autres garantissent à leurs assurés les soins et les médicaments et allouent au médecin pour chaque sinistre une somme fixe de 10 fr., de 8 fr. et même de 5 fr. Cette somme dérisoire est acceptée par quelques confrères qui s'engagent même à fournir les médicaments nécessaires et les objets de pansements moyennant un supplément de 1 fr. par sinistre. Il est vrai que la Compagnie *la Préservatrice* ajoute à ce forfait un tarif pour les opérations graves, tarif dans lequel une fracture compliquée de *grandes plaies* est comptée 45 fr. ! ! Quelques confrères ont une somme fixe par an. En classant par catégories les différentes formes de contrats avec les Compagnies d'assurances, on peut résumer ainsi qu'il suit les conditions qui sont imposées aux médecins :

1° Forfait de 5 fr. ou de 6 fr. pour la simple constatation de l'accident et de la reprise du travail, la Compagnie ne s'engageant à rien pour les soins intermédiaires.

2° Forfait de 5 fr. ou de 6 fr. pour les constatations et pour les soins avec un tarif *dressé par la Compagnie* pour les accidents graves.

3° Forfait de 8 fr. ou de 10 fr. pour les constatations et pour les soins.

4° Forfait annuel, quel que soit le nombre des sinistres.

En regard de ces conditions imposées par les Compagnies aux médecins, on peut résumer ainsi les conditions que les médecins *pourraient* imposer aux Compagnies, si un accord unanime était possible et si les conditions d'exercice étaient les mêmes dans toutes les régions, par exemple dans les campagnes et dans les centres industriels pourvus d'un hôpital sur lequel on se décharge des accidents graves :

1° Forfait de 5 fr. ou de 6 fr. pour les deux certificats (accident et reprise du travail. — (A paru équitable et acceptable.)

2° Rejet de tout forfait ; le droit commun ; application pure et simple du tarif ordinaire du Syndicat, pour la classe la plus favorisée. Les Compagnies ne sont pas en effet, ainsi qu'elles le prétendent toutes, des sociétés de secours mutuels, mais des entreprises financières distribuant en général de beaux dividendes à leurs actionnaires, dividendes prélevés sur le salaire des ouvriers et sur les honoraires des médecins.

3° Rejet de tout forfait ; application du tarif ordinaire du Syndicat avec une réduction de tant 0/0, à déterminer.

4° Forfait de 10 fr. par sinistre pour les deux certificats et les soins, avec une allocation de 25 ou 30 fr. pour les accidents graves (fractures, luxations, amputations).

5° Forfait de 10 fr. par sinistre pour les deux certificats et les soins.

Cette dernière forme de contrat semblerait être la dernière limite des concessions que les médecins devraient faire aux Compagnies.

La solution définitive de la question est ajournée à des temps meilleurs pour l'entente confraternelle.

L'ordre du jour appelle la délibération sur la question de revision des statuts.

Un seul article est revisé, celui concernant le nombre des séances. Il est décidé qu'il n'y aura plus qu'une seule réunion obligatoire par an, l'assemblée générale de janvier. Pour les autres réunions, le Président convoquera le Syndicat lorsqu'il y aura lieu.

L'assemblée vote des remercîements au Dr Cézilly pour l'offre gracieuse qu'il a faite au Syndicat en mettant à sa disposition pour les séances le local du Concours médical.

L'heure avancée ne permet pas de traiter la question du Congrès professionnel dont le principe est accepté et approuvé.

Au banquet, qui a réuni les confrères après la séance, divers toasts ont été portés au nouveau

Président, le Dr Bibard, et au Président sortant, le Dr Leroy.

Le Président, *Le Vice-Président*, *Le secrétaire*,
Dr BIBARD. Dr MILET. Dr DIDIER.

VARIÉTÉS

L'éducation physique.

La recherche systématique des meilleures méthodes de culture du corps humain devrait primer actuellement toutes les autres préoccupations dans l'esprit des maîtres de la jeunesse. L'œuvre entreprise par la Ligue de l'Education physique est peut-être plus indispensable encore au relèvement moral de la race française qu'à son amélioration physique.

N'est-ce pas, en effet, au surmenage intellectuel, à la résorption par les cerveaux exacerbés d'un excès de force inutilisée, qu'il faut attribuer toutes ces hallucinations, toutes ces morbidités, ces aspirations vers l'anormal ou l'impossible, ces bizarreries littéraires, philosophiques et morales qui tournent à l'autophagie et menacent de faire de la France, le pays du langage clair et des idées nettes, je ne sais quelle Byzance nébuleuse et fébrile, éprise des formes creuses, où des pessimistes hâves et grêles, déjà lassés à vingt ans, passent leur temps à couper des fils de la vierge en quatre ?

Il n'y avait, chez nos ancêtres de la Gaule héroïque, de décadent d'aucun genre, quoiqu'il fît, apparemment, en ce temps de batailles sans fin, un peu moins bon vivre qu'aujourd'hui. Il n'y en avait pas davantage chez les robustes Français du moyen âge.

Il ne faut pas pourtant que la civilisation s'affine au détriment des civilisés. L'heure est venue de réagir, et par l'exercice athlétique, le grand air et l'eau froide ou chaude, de mâter enfin la grande névrose — le mal sournois de cette fin de siècle.

C'est pour n'avoir pas de muscles assez durs, c'est pour ne pas avoir suffisamment brûlé, sur l'autel du travail corporel, leurs graisses et leurs ptomaïnes, que certains sensitifs se plaignent d'avoir l'âme intransmissible et le cœur infinitésimalement dispersé. Une heure de « nage » ou d'escrime chaque matin, une bonne partie de paume, voire même un bon assaut de savate, avec un seau d'eau fraîche par dessus, et la circulation sociale des âmes les plus volatiles sera rétablie et les cœurs les plus dispersés feront balle.

M'est avis que ni la morale, ni les sciences, ni les arts, ni même les lettres, n'en souffriront : au contraire !

Je me méfie des œuvres comme des mœurs des malades et des détraqués.

Puisque nous sommes le peuple qui fait le moins d'enfants, peut-être parce que la sève ethnique tend à s'appauvrir, soyons au moins le peuple le plus vigoureux, le plus agile, le plus leste, le plus brave et le mieux équilibré.

Emile Gautier.

REPORTAGE MÉDICAL

Vaccine.— En Angleterre, le parti « antivaccinationist » a réussi à forcer la main au gouvernement qui va faire examiner la question de savoir s'il convient de s'élever contre la croyance accordée aux bienfaits de la découverte de Jenner et s'il y a lieu de modifier le système de son application.

Hôpital pour les étudiants.— Il existe à Vienne une société ayant pour but d'assurer aux étudiants des soins médicaux. Cette société vient de décider la création d'un hôpital où seraient reçus les étudiants.

L'éthérisme en Irlande.— L'Irlande, qui est déjà un des pays les plus ravagés par l'alcoolisme, aurait encore la spécialité d'une autre intoxication, celle de l'éther. Il est question d'établir une réglementation du trafic de l'éther et des mesures propres à restreindre ce nouveau genre d'ivrognerie.

Fièvre jaune.— L'épidémie prend des proportions effroyables à Rio-Janeiro. On procède aux enterrements la nuit. Les décès ont dépassé le chiffre de 150 par jour !

Vaccinations en vue de l'Exposition.—Le conseil d'hygiène, sur la proposition de M. le professeur Proust, a émis l'avis que : 1° il y a lieu de vacciner et de revacciner tous les nomades, marchands forains, baladins et saltimbanques qui vont arriver à Paris pour l'Exposition Universelle ; 2° aucune installation ne pourra être autorisée, sous quelque prétexte que ce soit, si ces individus ne possèdent pas un certificat constatant cette vaccination ou revaccination récente.

Hôpital Boucicaut. — Le docteur Desprès a soumis au Conseil munipal une proposition tendant à ce que l'Hôpital Laënnec, voisin des magasins du Bon Marché, soit augmenté de constructions nouvelles pour loger 200 ou 250 malades en plus et que cet hôpital prenne désormais le nom d'hôpital Boucicaut. *Cette proposition a été renvoyée* à l'Administration.

Hôpital de varioleux. — Le Conseil municipal de Paris vient de voter un crédit de 950,000 fr. pour la création d'un hôpital pour les varioleux à Bobigny.

Les médecins militaires et les conseils de révision. — Une récente décision ministérielle prescrit que dorénavant l'aptitude des conscrits aux différentes armes ne sera établie qu'après l'avis du médecin militaire.

Durée de la vie des microbes pathogènes dans l'eau. - D'après MM. Straus et Dubarry, le bacille du charbon placé dans de l'eau distillée pure est susceptible d'y donner naissance à des spores. Pour la plupart de ces microbes pathogènes, la vie même très prolongée dans l'eau n'entraîne pas une modification appréciable de la virulence. Le bacille de la tuberculose fait un peu exception

à ce point de vue : dans un cas une culture, au bout de 95 jours d'ensemencement dans de l'eau de l'Ourcq, injectée sous la peau du ventre d'un cobaye, produisit, au bout de deux mois, un abcès tuberculeux riche en bacille, mais sans lésions tuberculeuses généralisées.

Destruction des marmottes par le choléra des poules. — D'après la presse russe, le Conseil médical aurait autorisé un essai d'extermination des marmottes de Sibérie au moyen de l'inoculation à ces animaux des microbes du choléra des poules Le conseil médical ajoute qu'il a cru devoir autoriser ces expériences, attendu que le choléra des poules est absolument inoffensif pour les mammifères domestiques, et que les poules atteintes de choléra peuvent être mangées sans danger.

Interdiction des séances d'hypnotisme. — Le maire de Marseille a interdit toutes les séances publiques d'hypnotisme et de suggestion. On ne peut que féliciter le maire de Marsellle de cet arrêt et souhaiter que, à l'occasion, tous les magistrats municipaux l'imitent.

Interdiction du tabac aux enfants. — L'Etat de Connecticut a voté une loi interdisant l'usage du tabac aux enfants de moins de seize ans. Cette nouvelle loi est d'ailleurs très sévère : elle déclare que toute personne qui vendra, donnera ou délivrera des cigarettes ou du tabac à un mineur de moins de seize ans sera passible, pour chaque fait de ce genre, d'une amende pouvant s'élever à 250 fr. D'autre part, tout enfant âgé de moins de seize ans qui sera surpris fumant dans la rue ou dans un endroit public sera puni d'une amende, dont le maximum est de 35 francs.

Sœurs pharmaciennes. — Le correspondant de la *Lanterne* publie la note suivante : *Lyon*, 12 mars. La cour d'appel a rendu hier son arrêt sur l'appel interjeté par la supérieure des sœurs des Quatre-Chapeaux contre le jugement la condamnant, elle et son homme de paille, à 100 fr. d'amende et à la fermeture de sa pharmacie, pour ouverture d'une officine irrégulièrement exploitée. La Cour a réduit à 25 fr. l'amende prononcée contre les deux délinquants, le pharmacien et la sœur Sainte-Pétronille. Mais, chose plus grave et que rien ne justifie, la Cour a modifié la qualification du délit donné par le tribunal et lui a substitué celui d'exercice illégal de la pharmacie. Elle a pu, de cette façon, arriver à décider qu'il n'y avait pas lieu d'ordonner la fermeture de l'officine. Les sœurs pourront donc, en toute liberté, continuer l'exploitation d'une pharmacie sans présenter aucune des garanties exigées par la loi. Il est probable que le syndicat des pharmaciens, intervenu au procès en qualité de partie civile, va se pourvoir en cassation contre ce singulier arrêt.

L'heure de la mort dans les hôpitaux. — L'assistance publique a fait procéder à une curieuse enquête pour savoir quelles sont les heures auxquelles meurt le plus grand nombre de malades. Il a été constaté qu'il y avait une sorte de ralentissement dans la mortalité à la fin de la journée, entre 7 et 11 heures du soir ; mais, en dehors de ce moment, il n'y a pas d'heures où la quantité des décès soit prépondérante.

Le charbon en Italie. — A la suite d'une permission du ministre de l'Intérieur autorisant le professeur Perroncito à faire des vaccinations charbonneuses, une interpellation eut lieu à la Chambre des Députés ; elle fut soutenue par le Dr Tommasi-Crudeli, professeur d'hygiène expérimentale, qui dit que le résultat de telles expériences ne pouvait être que l'introduction du charbon dans une région où il n'existe plus depuis douze ans.

La lèpre à la Nouvelle-Calédonie. — La lèpre prend une extension rapide et croissante à la Nouvelle-Calédonie, où elle a atteint 4,000 indigènes sur une population totale de 25.000. Le Conseil général a voté la création de léproseries.

Un savant hongrois vient de faire de curieuses études relatives à l'influence de l'âge des parents sur la vitalité des enfants. Après avoir observé près de 25,000 cas, il est arrivé aux conclusions suivantes : les enfants issus de pères et de mères très jeunes présentent une constitution faible ; les enfants de père et de mère vieux sont dans le même cas ; les enfants les plus robustes sont ceux qui naissent d'un père ayant plus de trente-cinq ans et d'une mère plus jeune. Scientifiquement il serait donc bon que les vieux épousassent de jeunes femmes. Les vaudevillistes et les Arabes ont toujours été de cet avis.

Médecine au Japon. — Il y a au Japon 31 écoles de médecine, 4 écoles de pharmacie, 2 écoles vétérinaires. L'Université de Tokio a 1,218 élèves. Les étudiants se distinguent par leur brillant costume dans la Ginzas, une des principales rues de cette ville.

Empoisonnement par la cocaïne. — Le premier cas mortel d'empoisonnement par la cocaïne, en Angleterre, a été récemment observé à l'*University College Hospital.* Une solution de 20 grains de cocaïne dans une once d'eau, qui devait servir à une injection dans la vessie, a été, par erreur, ingérée par les voies digestives.

PENSÉES & MAXIMES D'UN VIEUX PRATICIEN

Vous causez avec un ami des misères de la profession et celui-ci, homme aimable et compatissant, vous plaint sincèrement des dérangements si souvent inutiles que nous causent certains clients.

Quelques heures après, pendant votre dîner, on sonne à votre porte à tour de bras ; en vingt minutes, on est venu trois fois vous réclamer. Vous accourez enfin, quelque peu effrayé : c'est votre ami qui souffre d'une digestion un peu laborieuse.

Les progrès si rapides et les merveilleuses découvertes de la science moderne ne doivent pas nous faire oublier que la médecine est vieille déjà de deux mille ans.

—

Tel qui eût été professeur émérite, excellent notaire, employé modèle ou bon propriétaire, s'est fait médecin et pâtit de ce choix..., moins pourtant que ses malades.

—

Les clients sont comme les aiguilles aimantées ; ils

s'attirent l'un l'autre, à la condition toutefois que les premiers adhèrent solidement.

—

La médecine est une profession libérale et philanthropique ; c'est aussi un métier qui peut être lucratif. Les mêmes qualités ne sauraient suffire à bien exercer l'une et l'autre.

—

La santé, a-t-on dit, est le zéro qui fait valoir les autres biens de la vie ; le malheur est que beaucoup de gens, par leurs folies, le font passer à gauche.

—

X... entre affairé dans la chambre d'un malade, s'assied au pied du lit, prend le bras du patient et lui tâte le pouls ; il n'a encore rien dit que déjà on l'écoute. Il parle enfin et l'on boit ses paroles. Il se lève, on le suit, chacun semble suspendu à ses moindres mouvements.

Il tire son carnet, griffonne une ordonnance banale en pensant au cours de la Bourse, prend son chapeau et s'esquive à la hâte, comme il était venu.

Le malade rayonne, l'entourage est rassuré et les uns et les autres vont palpiter jusqu'à demain matin, dans l'attente de la visite d'un praticien si occupé. C'est un dieu à leurs yeux, et ce n'est souvent qu'un habile faiseur.

—

A vingt ans, on rêve de la médecine ; à trente ans, on commence à en tirer profit, on en vit à quarante-cinq et bien souvent l'on en meurt à soixante.

—

Il y a peut-être un écueil dans le succès trop rapide d'un jeune médecin : c'est de lui faire croire qu'il sait tout ce qu'il lui reste à apprendre.

—

C'est surtout au médecin que s'applique le précepte : Ne faites jamais à autrui ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fît à vous-même.

NOUVELLES

Congrès international de thérapeutique et de matière médicale.

Le congrès aura lieu à Paris, du 1er au 5 août 1889, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Pourront en faire partie tous les médecins, pharmaciens et vétérinaires qui auront envoyé leur adhésion et payé la cotisation de 10 francs.

Le bureau du Comité d'organisation est ainsi composé : MM. Moutard-Martin, président ; Dujardin-Beaumetz, vice-président ; Constantin Paul, *secrétaire général* ; P.-G. Bardet, *secrétaire général adjoint* ; Labbé, *secrétaire de la section de thérapeutique*, et R. Blondel, *secrétaire de la section de matière médicale*.

Le congrès sera divisé en deux sections : l'une de *thérapeutique*, l'autre de *matière médicale*.

Première question. — Des antithermiques analgésiques : Chimie et pharmacologie de ces corps, — action physiologique et usages thérapeutiques, — lois qui peuvent permettre d'établir une relation entre la fonction chimique et la fonction physiologique.

Deuxième question. — Des antiseptiques propres à chaque espèce de microbes pathogènes : Valeur proportionnelle des antiseptiques, leur action spéciale, — étude de leur mode d'absorption et des meilleurs procédés d'administration.

Troisième question. — Des toniques du cœur : Leur nature, — leurs actions spéciales, — valeur relative des plantes et de leurs principes actifs, alcaloïdes et glucosides.

Quatrième question. — Des nouvelles drogues d'origine végétale récemment introduites dans la thérapeutique.

Cinquième question. — Unification des poids et mesures employés dans les formules ; de l'utilité d'une pharmacopée internationale.

Les membres du congrès qui comptent faire une communication sont priés d'en annoncer le titre au secrétaire du comité avant le 15 mai prochain.

Les communications et discussions seront réunies dans un volume qui sera imprimé par les soins du comité d'organisation et sera adressé à chaque adhérent.

On est prié d'adresser toutes les adhésions ou communications au Dr Bardet, secrétaire général adjoint du comité d'organisation, 119 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL.

M. le Dr Pigornet, à Crécy-en-Brie (Seine-et-Marne), présenté par M. le docteur Daprey, de Paris.

M. le Dr Collongues, à Vichy (Allier), présenté par M. le docteur Bénard, de Saint-Germain-en-Laye.

Revue Bibliographique des Nouveautés de la semaine.

L'Egypte et l'occupation anglaise, par EDMOND PLAUCHUT .... 3 fr. 50.
La chasse au Marais, par CHARLES DIGUET .... 3 fr. 50.
A travers la Politique, par JULES DELAFOSSE .... 3 fr. 50.
Romantique Folie, par MAURICE MONTEGUT .... 3 fr. 50.
Causes criminelles, et mondaines de 1888, par ALBERT BATAILLE .... 3 fr. 50.
Magnétisme et Hypnotisme, contenant l'exposé des recherches les plus récentes relativement aux phénomènes de l'hypnotisme et de la suggestion, par le DOCTEUR STEVENSON .... 2 fr.
Enfants et Mères, par Madame ALPHONSE DAUDET. 3 fr. 50.
Les femmes d'artistes, par ALPHONSE DAUDET, illustré par Rossi Mirbach, Bielher, etc. .... 3 fr. 50.
Atlas Manuel de Botanique, par J. DENIKER, Bibliothécaire en chef du Muséum d'histoire naturelle : Edition de Luxe en couleurs. Tirage limité à 500 exemplaires .... 100 fr.
L'hygiène à l'Ecole : Pédagogie scientifique, par le DOCTEUR COLLINEAU .... 3 fr. 50.
La Lutte pour l'Existence chez les animaux marins, par LEON FREDERICQ .... 3 fr. 50.
La Renaissance de la Poésie Anglaise, (1795-1888) .. 3 fr. 50.
Figaro-Exposition : La MAISON GOUPIL prépare en ce moment, sous le patronage du Figaro, une grande publication artistique mensuelle, entièrement consacrée à l'Exposition universelle de 1889 et qui aura pour titre : Figaro Exposition. Le prix du fascicule est de .... 3 fr.
La mort d'Ivan le Terrible, par le COMTE ALEXIS TOLSTOI .... 3 fr. 50.
Guerre aux frais de Justice, avec préface de GEORGES BERRY, docteur en droit .... 3 fr. 50.
Ceux de la Glèbe, par CAMILLE LEMONNIER .... 3 fr. 50.
Un coin de Province, par ALBERT CIM .... 3 fr. 50.
L'Empire d'Annam et le peuple annamite, par J. SILVESTRE .... 3 fr. 50.
Le traitement des anévrysmes externes, par le docteur PIERRE DELBET .... 5 fr.
Ivrognerie, ses causes et son traitement, par le docteur P. J. KOVALVSKY, professeur à l'Université de Kharkoff (Russie). 1 fr. 50.
Lettres d'Irlande, avec une préface par VICTOR CHERBULIEZ, de l'Académie française .... 3 fr. 50.
Les Contemporains, études et portraits littéraires, 4e série, par JULES LEMAITRE .... 3 fr. 50.
Balthasar, par ANATOLE FRANCE .... 3 fr. 50.
Le magnétisme animal (hypnotisme et suggestion), par le docteur MORAND .... 3 fr. 50.
Toussaint-Louverture, par VICTOR SCHŒLCHER .... 5 fr.
Nouveau Théâtre d'Enfants, dix pièces en prose à jouer dans les familles et dans les pensionnats, par ADOLPHE CARCASSONNE .... 3 fr. 50.
Ecrivains modernes de l'Angleterre, par EMILE MONTEGUT. 3 fr. 50.
Sascha et Saschka, la mère de Dieu, par SACHER MASOCH. 1 fr. 25.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 16 | 20 Avril 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'antipyrine dans la glycosurie et dans le diabète (1).

Dans deux cas de cataracte diabétique, *M. Panas* a employé l'antipyrine pour restreindre la production du sucre et faciliter l'opération. Les résultats qu'il a obtenus ont été aussi satisfaisants que possible. Aussi l'éminent professeur d'ophthalmologie formule-t-il les conclusions suivantes : l'antipyrine jouit d'une action antiglycogénique efficace et prompte, elle réussit là où les autres moyens échouent. La dose doit être de 3 grammes au moins par jour au début. L'action antiglycogénique se fait sentir même quand on permet au malade une certaine proportion de féculents.

M. Panas, ayant remarqué que l'une de ses malades conservait l'odeur aigre de l'haleine particulière aux diabétiques, alors même que ses urines ne contenaient plus de sucre, en conclut que, si l'antipyrine a réussi à faire disparaître la glycosurie, la glycémie persistait à un taux inférieur à celui qui entraîne le passage du sucre dans l'urine, mais suffisant pour que les poumons exhalassent les produits de combustion de la matière sucrée.

M. *G. Sée* refuse d'admettre avec M. Bouchard que le diabète soit le résultat d'un ralentissement de la nutrition, puisque l'antipyrine, qui réussit dans le diabète, est précisément un médicament ralentissant la nutrition, diminuant la sécrétion urinaire, abaissant la production de l'urée et augmentant celle de l'acide urique.

Il n'y a pas, dit M. Sée, un arrêt dans la destruction du glucose, mais plutôt une production exagérée de ce glucose, sous l'influence d'une excitation du système nerveux. Cette excitation, qui peut provenir de tous les points du système nerveux central, atteint surtout et finalement les nerfs vaso-dilatateurs qui partent de la moelle et vont au foie. De là l'afflux du sang et l'hypersécrétion du glycogène qui se forme sûrement dans le foie, ainsi que dans les muscles et sans doute dans l'intimité de la plupart des tissus, car on retrouve le sucre dans le sang de la veine porte, de la veine hépatique à l'émergence du foie, dans les veines caves.

Si l'on admet cette pathogénie, il en découle deux conséquences, à savoir l'utilité des modérateurs du système nerveux d'une part, l'antipyrine en particulier, et d'autre part la nécessité de tarir une des sources de la glycogénie en réduisant les féculents au minimum et les régimes carné et graisseux au maximum.

M. Sée a traité dix-huit diabétiques en se basant sur ces principes. Les résultats ont été variables selon que le diabète était marqué par un chiffre extrême ou modéré, selon qu'il s'agissait d'un individu robuste ou d'un malade amaigri, selon enfin que le diabétique était frappé ou non de tuberculose. Il a rangé ses malades en trois catégories.

La *première* comprend 13 malades, qui présentaient, en outre des symptômes cardinaux du diabète (polydypsie, polyurie, polyphagie, glycosurie, de 25 à 85 grammes par litre), soit de l'azoturie, soit de l'albuminurie, soit encore des furoncles, du prurit, etc. En donnant de l'antipyrine, et en appliquant le régime carné et graisseux chez ces malades, il a obtenu de très bons résultats. La quantité de sucre, la polyurie ont diminué, et tous les accidents, cutanés ou autres, se sont amendés.

De plus, dès que la formation exagérée de matière glycogène était enrayée, on voyait ces individus, pour la plupart gras, maigrir. C'est que l'adipose est le résultat de la transformation des substances glycogènes en graisse. Cette transformation se trouve enrayée par une alimentation exclusivement carnée et graisseuse et par l'antipyrine.

(1) Académie de médecine.

Ainsi donc, chez des diabétiques dont la glycosurie ne dépasse pas 100 à 150 grammes par jour, pourvu que la santé générale reste intacte, on peut, avec ce mode de traitement, obtenir une grande amélioration.

Dans la *deuxième catégorie*, sont les diabétiques primitivement amaigris et hyperglycosuriques (plus de 150 grammes de sucre par jour). C'est tout au plus si ces malades peuvent être soulagés, c'est à peine si on peut enrayer le mal.

La *troisième catégorie* comprend les diabétiques tuberculeux ; ces malades retirent de l'antipyrine et du régime quelques bienfaits. Les phénomènes pénibles, tels que la soif, la fièvre, sont généralement calmés. Chez trois phtisiques diabétiques, le sucre a même disparu pendant quelque temps ; mais la tuberculose finit par prendre le dessus.

On a fait à ce traitement quatre genres d'objections :

1° L'antipyrine irrite les reins et détermine une albuminurie. — M. Sée n'a jamais vu naître la néphrite ; en tout cas, elle disparaît rapidement après la suspension du médicament ;

2° L'antipyrine est toxique. — M. Sée répond que c'est le seul médicament modérateur nerveux qui ne décompose pas les globules, qui ne produise pas de métahémoglobine.

3° On a dit qu'en supprimant la glycosurie, on empêchait l'élimination du sucre par les reins ; on augmentait ainsi la glycémie. — Avec une pareille théorie, le diabétique le plus heureux serait celui qui perdrait 500 à 600 grammes de sucre par jour !

4° On a prétendu enfin qu'en traitant ainsi le diabétique, on l'exposait au coma. — On a l'air d'ignorer que le coma tient à un excès d'acides, à l'acide oxybutyrique en particulier, qui n'a rien à faire avec l'antipyrine.

En résumé, l'antipyrine, associée à un régime alimentaire convenable, peut donner dans le diabète d'excellents résultats. Le régime carné seul ne suffit pas, dans la plupart des cas, pour guérir la maladie.

M. *A. Robin*, qui, depuis 1887, traite par l'antipyrine les diabétiques de son service, estime que ce n'est pas un médicament que l'on puisse administrer d'une manière indifférente aux diabétiques. Son action paraît d'abord prodigieuse, et l'on serait tenté de considérer ce médicament comme spécifique du diabète. Mais, au bout de peu de temps, on constate que son rôle est plus modeste, qu'il n'est pas sans inconvénients dans certains cas.

L'antipyrine agit énergiquement sur la glycosurie, mais ne guérit pas le diabète ; mais si elle ne guérit pas, elle exerce sur la glycosurie, la polydipsie, la polyphagie, la polyurie, une action suspensive des plus marquées et qui doit être prise en sérieuse considération.

Il faut s'en tenir à trois grammes, dose moyenne applicable dans la plupart des cas. Son principal inconvénient serait de provoquer un peu d'albuminurie, au bout d'un certain nombre de jours d'administration. Deux grammes chez les diabétiques albuminuriques sont donc la dose indiquée.

Comment faut-il administrer l'antipyrine aux diabétiques ?

A une certaine distance des repas par dose de un gramme à quatre heures d'intervalle, et en l'associant au bicarbonate de soude dans la proportion de deux parties d'antipyrine pour une partie de bicarbonate de soude.

L'antipyrine ne doit jamais être un médicament d'habitude. Son emploi ne saurait être prolongé au delà de 8 à 12 jours en moyenne. Au delà elle risquerait de déterminer un peu d'albuminurie, transitoire, il est vrai, mais qui pourrait cependant apporter un certain trouble dans la nutrition. On cessera donc le médicament dès que les urines décéleront la moindre trace d'albumine.

Aux diabétiques albuminuriques on la donnera aux doses faibles de 2 gr. et on n'en continuera pas l'emploi plus de cinq à six jours, quitte à la reprendre après un repos suffisant, soit après cinq à six jours d'abstention.

Lorsqu'un malade rend à la fois beaucoup d'urine et beaucoup de sucre, il y aura avantage à commencer le traitement par l'antipyrine, donnée pendant 8 jours. La quantité de sucre sera diminuée beaucoup plus rapidement et beaucoup plus facilement qu'elle ne l'aurait été par le régime seul. Après ces huit jours d'antipyrine on soumettra le malade au régime classique. Quand il en sera fatigué, quand on verra que le régime a donné, comme diminution de sucre, tout ce qu'il peut donner, on reviendra encore à l'antipyrine, et ainsi de suite.

Par conséquent les avantages de l'antipyrine dans le traitement du diabète peuvent se résumer dans les deux formules suivantes, suivant M. Robin.

A. — On doit l'employer dès le début du traitement d'un diabétique, alors qu'il s'agit de modérer sûrement et dans un bref délai une glycosurie ou une polyurie considérable.

B. — Elle permet de suspendre le régime chez les diabétiques qui en sont fatigués, et cela sans que le malade perde le bénéfice de la contrainte qu'il a imposée à son estomac.

Elle est indiquée, quand le régime longtemps continué, bien toléré, a donné son maximum d'effet utile, en ce sens que la glycosurie et la polyurie sont arrivées à un point fixe au-dessous duquel elles ne s'abaissent plus.

Une habile combinaison du régime et de l'antipyrine associés dans une sorte de médication alternante, paraît être actuellement l'un des meilleurs traitements du diabète, d'après M. Robin.

Existe-t-il des diabétiques chez lesquels l'usage de l'antipyrine soit contre-indiqué ?

Dans un premier ordre de faits, chez un diabétique traité par l'antipyrine, le sucre ne s'abaisse pas rapidement ; au bout de six jours la diminution ne dépasse pas 25 % par exemple, dans ce cas il sera inutile d'y revenir, et en tout cas, il faudra cesser aussitôt le médicament.

Une des meilleures manières de juger les effets de l'antipyrine, c'est non seulement de doser journellement le sucre urinaire, mais aussi de mesurer chaque jour la quantité de l'urine et sa densité. L'action de l'antipyrine est favorable quand, au fur et à mesure que la quantité s'abaisse, la densité descend aussi ou reste tout au moins stationnaire ; mais si, la quantité d'urine diminuant, la densité tend à s'élever, il faut cesser aussitôt l'antipyrine et n'y plus revenir. L'albuminurie ne constitue pas une contre-indication absolue, sa présence implique seulement une question de dose et de durée.

Enfin, la diminution de l'appétit, l'amaigrissement, les sensations de faiblesse éprouvées par le malade, la pâleur du visage, l'oppression, la bouffissure des paupières ou la sensation de tension dans la face, sont aussi des symptômes qui, lorsqu'ils apparaissent, démontrent que l'usage de l'antipyrine est plus nuisible qu'utile, quand bien même la glycosurie serait favorablement influencée ; ils constituent donc autant de contre-indications.

L'antipyrine peut rendre les plus grands services dans la plupart des diabètes, et elle est appelée à prendre une place importante dans leur traitement; mais, comme tous les médicaments actifs, c'est une arme à deux tranchants qu'il faut savoir manier habilement et dont il serait imprudent de se servir indistinctement dans tous les cas.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que, dans la séance du 24 mars 1888, il a indiqué l'influence heureuse qu'exerçait l'antipyrine dans un certain nombre de cas de diabète. Les cas qui réussissent sont d'abord ceux dans lesquels il y a de la polyurie, et, par cela seul qu'un diabétique a de la polyurie, on peut être certain d'avance que l'antipyrine donnera de bons résultats. Il en est de même pour les diabètes nerveux. D'ailleurs l'antipyrine n'a pas, dans ces deux ordres de faits, le monopole d'une amélioration réelle. Cette amélioration est réalisée par tout le groupe des antithermiques, dont l'action sur la moelle explique les résultats obtenus.

Bien entendu, pas plus qu'un autre médicament, l'antipyrine ne dispense pas du traitement hygiénique si bien indiqué par Bouchardat.

M. *Worms* a signalé, il y a dix ans, l'action bienfaisante du sulfate de quinine dans le diabète. Son action thérapeutique est sensiblement celle de l'antipyrine, ce qui est assez naturel, étant donné que l'action physiologique des deux substances est également fort analogue.

L'intoxication oxycarbonée et les poêles mobiles (1).

M. *Laborde* donne d'intéressants détails sur l'intoxication oxycarbonée et son traitement.

Cette intoxication peut entraîner, même quand elle ne tue pas de suite, des troubles fonctionnels plus ou moins persistants, des lésions organiques définitives et incurables telles que le ramollissement du cerveau et la déchéance des facultés intellectuelles.

Dès que l'atmosphère respirée contient 1 litre d'oxyde de carbone pour 450 litres, elle est dangereuse pour la vie des personnes, ainsi que le prouve le réactif physiologique ou animal, en particulier l'oiseau, qui est, en pareil cas, un réactif précieux. La coloration rosée des muscles de l'animal est un indice constant de l'intoxication oxycarbonée.

La modification du taux de la capacité respiratoire du sang ou de l'hémoglobine, sous l'influence de l'oxyde de carbone, constitue le signe fondamental de l'intoxication pouvant être appréciée ; mais les accidents mortels peuvent se produire avant que toute l'hémoglobine ait été saturée d'oxyde de carbone.

Les moyens de traitement sont les suivants : d'abord l'aération, la flagellation, les excitants, enfin et surtout le déplacement immédiat du patient.

(1) Académie de médecine.

Mais le moyen vraiment rationnel, c'est la transfusion sanguine. Pour être efficace, la transfusion doit être effectuée, alors que les contractions cardiaques ne sont pas complètement suspendues, et que la respiration n'est pas encore agonique, alors que l'on compte encore 4 à 5 respirations à la minute et au moins autant de contractions cardiaques.

C'est le sang artériel qui réussit le mieux en pareil cas.

La saignée et la respiration artificielle seules ne peuvent réussir qu'à la condition d'intervenir à une période beaucoup moins avancée de l'intoxication, notamment alors qu'il existe encore 7 respirations efficaces par minute et 8 à dix contractions cardiaques. La saignée, pratiquée simultanément avec la transfusion, hâte l'action de cette dernière.

La transfusion associée à la respiration artificielle constitue la méthode la plus efficace du traitement immédiat de cette intoxication ; on doit toujours en faire l'essai, ne fût-ce qu'à titre d'espoir suprême.

En ce qui concerne la question de réglementation administrative et de police sanitaire, M. Laborde repousse l'intervention des mesures prohibitives, qui ouvrirait une ère de « fumisterie officielle. »

M. *Lancereaux* fait remarquer que la transfusion artérielle d'homme à homme n'est guère pratique, l'on ne trouve pas facilement quelqu'un qui veuille bien prêter ainsi son artère à son semblable.

M. *Laborde* croit que provisoirement on pourra faire la transfusion habituelle, mais qu'il serait indiqué d'étudier les conditions de la transfusion artérielle en utilisant tel ou tel animal.

M. *Féréol* a formulé enfin les conseils suivants à l'usage du public :

1° Ne jamais placer de poêle mobile dans une pièce de petite dimension.

2° Ne jamais coucher dans une chambre immédiatement contiguë à celle où se trouve un poêle mobile. Il faut ménager toujours une chambre ou un corridor intermédiaire dans lequel la ventilation soit bien assurée.

3° Au moment d'installer un poêle mobile dans son appartement, on devra en donner avis au propriétaire de l'immeuble.

4° Quant au choix du poêle, on devra exclure tout appareil qui n'offre pas une double enveloppe, celui qui porte des ouvertures latérales (bouches de chaleur), celui dont le foyer est ouvert librement ou fermé par un simple grillage.

5° On vérifiera toujours avec le plus grand soin si le couvercle est bien ajusté, si la fermeture est exacte, si la rainure où s'enfonce le couvercle ne contient aucun morceau de coke ou de charbon.

6° Pour combustible on se servira de houille maigre ou d'anthracite.

7° On devra s'assurer que le tuyau de dégagement est bien entré dans la cheminée ; il est indispensable de faire flamber dans cette cheminée un peu de bois sec pour établir un courant d'air ascendant.

8° La plaque de fermeture de l'âtre est utile pour accélérer le tirage.

9° Le poêle doit être mis en grande marche pendant la nuit, en petite pendant le jour, à condition qu'on agite le cendrier.

10° La clef du poêle ne devra jamais diminuer

le calibro du tuyau de sortie de plus de la moitié.

11° Il faut éviter le plus possible le déplacement du poêlo, et, quand on opère ce déplacement, il faut se conformer rigoureusement aux préceptes ci-dessus.

Si ces conseils sont suivis, il est à espérer que los accidents par los poêles mobiles disparaîtront prosque complètement.

Toxicité de l'urine dans la pneumonie (1).

MM. *G.-H. Roger* et *Gaume* ont étudié onze cas de pneumonie dont les urines ont été chaque jour, pendant toute l'évolution de la maladie, injectées à des lapins, suivant la méthode de M. Bouchard. Ils ont déterminé ainsi le pouvoir toxique de ces urines et reconnu tout d'abord que constamment, pendant la période fébrile, le malade élimine de deux à trois fois moins de poison urinaire qu'à l'état de santé. La toxicité va en diminuant à mesure que l'affection progresse; elle atteint son minimum la veille ou l'avant-veille de la crise. Puis, au moment de la défervescence, il se produit une augmentation brusque de la toxicité urinaire, c'est-à-dire une sorte de décharge qui dure un jour ou deux. Le plus souvent, cette décharge commence la veille de la crise et, dans ce cas, elle se prolonge pendant quarante-huit heures; ailleurs elle ne commence que le jour de la défervescence et dure vingt-quatre ou quarante-huit heures; enfin, une fois elle s'est produite le lendemain de la crise.

Après la crise, la toxicité urinaire diminue lentemont ou rapidement et peut, pendant la convalescence, retomber à des chiffres extrêmement faibles.

Les dosages ont montré que, pendant la période fébrile, les sels potassiques suffisent presque à expliquer toute la toxicité de l'urine ; mais, au moment de la crise, leur excrétion n'augmentant pas parallèlement à la toxicité, force est d'admettre l'existence d'autres poisons, mal connus au point de vue chimique et liés peut-être à l'évolution des agents pathogènes.

Ce rejet des poisons par l'urine au moment de la crise est un phénomène analogue à celui qu'on a signalé pour diverses substances et particulièrement pour les chlorures. Seulement l'élimination des poisons est plus nette et plus constante que celle des autres substances. Mais, dans tous les cas, le processus est le même; les phénomènes critiques ne sont pas la cause de la guérison; ils surviennent, au contraire, parce que la maladie est guérie.

Emploi des miroirs rotatifs pour la paralysie agitante et le début de la paralysie générale (2).

M. *Rendu* se demande si le malade que M. Luys a dit dans la dernière séance avoir guéri d'une paralysie agitante par les miroirs rotatifs ou miroirs à alouettes n'était pas un hystérique. Il existe en effet une forme particulièro d'hystérie dans laquolle lo tremblement est le symptôme prédominant.

Dans un cas de Westphal le diagnostic avait été sclérose en plaques; le malade succombe à uno maladie intermittente ; on no trouve à l'autopsie aucuno lésion de la moelle.

(1) Société de biologie.

(2) Société des hôpitaux, 12 avril.

M. Rendu peut citer deux cas analogues. Il y a six ou sept ans, quand on ne connaissait pas encore l'hystérie mâle, il crut à une sclérose en plaques chez un homme dont le tremblement disparut après quelques douches et un peu de bromure.

Il observe un homme de 38 ans, d'existence accidentée, qui présente avec tous les stigmates de l'hystérie un tremblement qu'exagèrent les mouvements volontaires : ce tremblement s'est montré à la suite d'une attaque apoplectiforme sans paralysie.

Un malade, considéré par Lasègue comme atteint de tumeur cérébrale à l'époque où on ne connaissait pas l'hystérie mâle, a un tremblement rhythmique des membres supérieurs et du cou. Tous les médecins qui le voient portent d'emblée le diagnostic de paralysie agitante. Mais il a tous les stigmates de l'hystérie.

Avant d'affirmer la guérison d'une paralysie agitante ou d'une sclérose en plaques, il y a donc lieu de songer à la possibilité de cette variété d'hystérie avec tremblement.

M. *Luys* réplique qu'on abuse vraiment de l'hystérie mâle, comme de la sclérose en plaques, et que le malade dont il a publié l'observation présentait tous les signes classiques de la paralysie agitante.

M. Luys vient d'appliquer la même thérapeutique, c'est-à-dire la fixation de miroirs rotatifs à un cas de douleurs névralgiques dentaires, d'origine centrale. Le malade âgé de 35 ans, devenu anémique après une fièvre typhoïde, il y a neuf ans, a souffert depuis lors de céphalalgies avec violentes douleurs de dents sans carie, insomnie, excitation cérébrale, dépérissement par entrave à la mastication. Echec de tous les traitements des névralgies, y compris l'avulsion, le limage des dents et la section des nerfs. Le malade songeait au suicide. M. Luys pensa qu'il pouvait s'agir d'un début de paralysie générale par éréthisme de la base de l'encéphale. Après huit séances de fixation des miroirs rotatifs pendant 20 à 30 minutes, amélioration notable, qui s'est accentuée depuis. Outre les douleurs dentaires, le traitement a fait disparaître certains autres symptômes : céphalalgie, inégale dilatation des pupilles, embarras de la parole, tremblement et affaiblissement musculaire qui militaient en faveur de la paralysie générale. M. Luys se demande si la méthode des miroirs rotatifs n'aurait pas quelque efficacité dans la période prodromique de la paralysie générale.

Embryocardie ou rythme fœtal du cœur (1).

M. *Huchard* étudie le syndrome cardiaque qu'il a désigné sous le nom d'embryocardie ou rythme fœtal. Les trois phénomènes constitutifs de l'embryocardie sont : la tachycardie — la durée égale des deux silences — la similitude des bruits.

Le second bruit devient semblable au premier, car il est affaibli par suite de l'abaissement de la tension artérielle. L'embryocardie reconnaît pour cause l'affaiblissement de la contractilité du cœur par dégénérescence du myocarde (fièvre typhoïde, variole, etc.) et la parésie des vaisseaux périphériques, qui constituent à l'état physiologique un frein vasculaire du cœur.

(1) Société des hôpitaux.

Le syndrome embryocardie est d'un pronostic très grave. Il précède quelquefois de peu de jours le collapsus et la mort par asphyxie ou syncope. On l'observe non seulement dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, la diphthérie, la phthisie aiguë, les pneumonies infectieuses, mais encore à la période cachectique des maladies chroniques.

Les indications thérapeutiques sont de relever la force contractile du cœur et celle des vaisseaux. La caféine à la dose de 0 gr. 80 à 2 gr. 50 par jour en 4 à 10 injections sous-cutanées convient comme tonique du cœur et diurétique ; l'ergotine ou l'ergotinine (4 ou 5 injections par jour), réussit à soutenir la contractilité des petits vaisseaux.

M. *Labbé* critique le néologisme embryocardie : lorsqu'on entend les bruits du cœur, le produit de conception n'est plus un embryon, mais un fœtus.

Il n'a pas obtenu avec la caféine, même à 0,60 et 0,80 par jour, l'action diurétique dont parle M. Huchard ; quant aux doses plus élevées, si elles sont absorbées, peut-être sont-elles dangereuses chez les typhiques.

M. *Huchard* répond que M. Labbé n'a pas obtenu de résultats avec la caféine parce qu'il n'a pas élevé assez les doses : 2 à 3 grammes par jour, que M. Huchard a employés dans beaucoup de fièvres typhoïdes et d'états adynamiques, n'ont jamais causé d'accidents.

M. *Hallopeau* redoute les inconvénients que d'aussi nombreuses injections de caféine doivent avoir pour la peau. L'ergot de seigle est un médicament qui s'adresse plutôt au cœur qu'aux artères.

M. *Huchard* déclare les injections de caféine moins douloureuses et moins irritantes que celles d'éther. Les seuls accidents cutanés qu'elles puissent déterminer sont quelques nodosités ou abcès. Les avantages qu'elles présentent les compensent amplement.

A ses yeux l'ergot de seigle n'est pas un médicament cardiaque ; c'est essentiellement un médicament artériel, et son influence sur le cœur ne s'exerce que secondairement par suite des variations dans la tension artérielle.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

Utilité pratique des notions pathogéniques.

Cours de M. le Professeur Ch. Bouchard.
recueilli par le Dr Le Gendre.

« Savoir ce que l'on fait et pourquoi on le fait c'est chose rare ; pour le médecin c'est chose nouvelle. Comme les autres sciences qui ont des applications pratiques, la médecine réclame des idées directrices pour son intervention. » Comme l'architecture, par exemple, la médecine a fait d'abord une part à l'empirisme, recueillant et adoptant, sans les comprendre, les formules et les recettes que le témoignage des siècles lui recommandait pour la cure de certains accidents.

La thérapeutique *empirique* a su s'inspirer aussi, à l'exemple d'Hippocrate, des procédés de la nature médicatrice ; mais, ignorant l'essence des actes curateurs, la thérapeutique *naturiste* s'est bornée à respecter et à favoriser certains symptômes qui, précédant habituellement la guérison, passaient pour concourir à la curation.

De tout temps, les médecins se sont appliqués à combattre les symptômes incommodes, les accidents dangereux : l'insomnie, la douleur, la fièvre. C'est cette thérapeutique *palliative* qui, sentant venir le discrédit, il y a près de quarante ans, s'est appelée thérapeutique *physiologique*, et, grâce à ce changement de vocable, a reconquis une faveur qui est loin d'être épuisée.

« Je n'ai jamais parlé qu'avec respect, dit M. Bouchard, de cette thérapeutique physiologique palliative à laquelle j'ai recours quand je ne puis pas faire mieux ; mais je voudrais que ceux qui en font exclusivement usage en parlassent avec modestie. » Cette thérapeutique soulage très souvent, quelquefois elle empêche de mourir. Quand dans la pleurésie gauche on supprime par la ponction l'ectopie cardiaque, il se peut qu'on empêche le pleurétique de mourir, mais on ne guérit pas sa pleurésie. En pareil cas, notre intervention est utile et bienfaisante, elle n'est pas curative ; le travail morbide continue, pour procéder, suivant les lois naturelles, vers la guérison ou vers la mort.

Lorsque le médecin concourt pour une part prépondérante à la curation, c'est qu'il s'est attaqué à la cause ou à la série des actes réactionnels qui résultent de l'application de cette cause. Il le fait souvent d'une façon inconsciente, à l'aide de moyens que l'empirisme nous a fournis. Le quinquina dans la fièvre palustre, le mercure dans la syphilis, le salicylate dans le rhumatisme aigu, le colchique dans l'accès de goutte, sont là pour prouver que l'empirisme a du bon.

D'ailleurs, quelques-uns de ces moyens thérapeutiques, dont nous commençons à discerner le mode d'action, vont prendre place dans la thérapeutique pathogénique.

Cette thérapeutique, dont M. Bouchard disait il y a dix ans, « que l'avenir lui appartient », accepterait du hasard, mais n'attend plus de lui de pareilles trouvailles. Pour les maladies dont elle connaît, partiellement au moins, la pathogénie, elle cherche le remède dans une direction logique et elle trouve mieux que des médicaments, des méthodes de traitement. L'empirisme lui avait donné le mercure, elle a découvert l'antisepsie et du même coup cent médicaments antiseptiques.

M. Charcot disait, il y a vingt-trois ans : « Il faut que le médecin apprenne à penser *anatomiquement*. » M. Lépine disait, il y a douze ans : « Il faut que le médecin apprenne à penser *physiologiquement*. » Ces deux préceptes sont excellents ; Laennec, Cruveilhier, Cl. Bernard avaient déjà préparé les voies et disposé les médecins à bien accueillir ces conseils. Il est bon assurément que le médecin s'habitue à contempler, par une vue intérieure, l'état des parties où s'accomplit l'acte pathologique, à voir, comme par transparence, les organes malades. Il est indispensable aussi qu'il se rende compte de l'entrave apportée au fonctionnement naturel de ces parties et du trouble physiologique qui en résulte pour les autres organes. Mais il est incomparablement plus utile pour le clinicien et pour le pathologiste, qu'ils accoutument leur esprit à rechercher et à discerner pourquoi et comment ces lésions et ces désordres surviennent, pourquoi et comment ils persistent ou s'accroissent, pourquoi et comment ils se dissipent. Penser *pathogéniquement*, c'est ce que,

depuis dix ans, M. Bouchard recommande, sans trêve, au médecin. Le point de vue pathogénique, c'est ce qui, scientifiquement, distingue la médecine de l'histoire naturelle ; c'est ce qui, pratiquement, peut permettre d'instituer, avec quelque apparence de logique, une thérapeutique curative. Or, ce point de vue est nouveau en médecine.

La pathogénie est une science nouvelle, car si, de tout temps, on a imaginé le mode d'action des causes et tenté d'en déduire une thérapeutique rationnelle, on n'aboutissait guère qu'à de vaines conceptions et à des déductions illusoires. C'est à la période contemporaine qu'appartiendra l'honneur d'avoir substitué quelques notions pathogéniques positives aux systèmes hypothétiques du passé.

Il y a trente ans à peine que la médecine s'est engagée timidement dans cette voie, et déjà la thérapeutique a bénéficié de ses découvertes. Quand on considère que depuis Hippocrate, héritier lui-même de ce qu'il appelait déjà l'Ancienne médecine, il a fallu plus de deux mille ans pour constituer la nosologie, on peut être tenté de croire qu'il faudra aussi longtemps pour parfaire la pathogénie et de craindre que nous ne soyons pas en état avant plusieurs milliers d'années d'instituer rationnellement une thérapeutique pathogénique.

Cette crainte serait fondée si chaque maladie avait une pathogénie spéciale. Mais, si les causes morbifiques sont innombrables, le nombre des procédés pathogéniques est limité. Depuis dix ans, M. Bouchard enseigne qu'il n'y a que quatre procédés pathogéniques. Ces grands processus pathogéniques sont : les troubles préalables de la nutrition ; — les dystrophies cellulaires primitives ou autonomes ;— les réactions nerveuses ; — l'infection. Il n'est pas une maladie dont la genèse ne reconnaisse l'un de ces processus où plusieurs d'entre eux combinés.

Les médecins qui sont pénétrés de cette vérité sont en état aujourd'hui de penser pathogéniquement, et les notions de pathogénie doivent tourner au bénéfice de leurs malades. Malheureusement, la génération qui grandit n'est pas familiarisée avec ces notions ; elles ne sont pas la base de son éducation. La plupart de ceux qui ont besoin d'apprendre, s'instruisent seulement dans les livres ; or, comme les traités de pathologie reposent encore sans exception sur la base anatomique, il arrive que les praticiens, tout en admettant peut-être la réalité des doctrines pathogéniques, ne les utilisent pas pour diriger leur conduite.

Il en est ainsi aujourd'hui, il en sera probablement encore de même dans quinze ans ! L'élite, qui collabore au progrès, en tire profit, mais la masse est lente à s'en pénétrer. Peut-être n'est-ce pas un mal ; elle change moins souvent, mais plus sûrement ; les idées directrices, quand elle les adopte, ont eu le temps de faire leurs preuves.

Même parmi ceux qui cherchent à s'inspirer dans leur pratique des notions pathogéniques, la plupart ne voient de la pathogénie qu'un de ses côtés : l'infection. Bien peu tiennent compte de la prédisposition morbide, de la diathèse, c'est-à-dire des troubles préalables de la nutrition. C'est ainsi qu'on voit traiter la goutte par la lithine, le diabète par le bromure, comme si l'action passagère de ces remèdes pouvait triompher de ces maladies chroniques qui sont telles, parce qu'elles dépendent d'un trouble permanent de la nutrition. Pour les guérir, c'est cette nutrition qu'il faut modifier d'une façon durable.

Le chirurgien vigilant, qui traite une plaie chez un diabétique, arrive à la guérir par première intention, en la protégeant contre tous les microbes ; mais, pendant ce temps, sur une région où n'existait aucune excoriation, apparaît un anthrax, résultat de l'invasion dans un point du tissu sous-cutané du staphylococcus aureus qui, s'il avait réussi à pénétrer jusqu'à la plaie, y aurait tout au plus produit une suppuration sans gravité. Ceux que de pareils faits déconcertent oublient que, dans l'infection, l'agent infectieux n'est pas tout ; que certaines détériorations de la santé sont favorables au développement des agents infectieux et que le staphylococcus, qui chez l'homme sain ne produira même pas l'impétigo pilaire, fait naître chez le diabétique les pustules, le furoncle, l'anthrax. La plaie du diabétique, prémunie contre le staphylococcus, a guéri sans suppuration ; mais, sur un autre point de la peau non protégé, l'agent infectieux, qui est partout autour de nous, s'est insinué dans quelque follicule et s'y est développé, parce qu'il y a trouvé un milieu exceptionnellement favorable à sa pullulation. Dans ce cas, nous voyons l'exemple de l'association de deux procédés pathogéniques, les troubles préalables de la nutrition et l'infection.

Dans la convalescence d'un phlegmon on peut voir survenir, sous l'influence d'un refroidissement, d'une fatigue, d'une émotion, d'un coït, une angioleucite, un érysipèle. Il ne s'agit pas d'une infection nouvelle, mais d'une extension de l'infection primitive au delà des limites où la réaction organique l'avait jusque-là circonscrite. Le choc nerveux a modifié la nutrition et rendu l'organisme habitable pour un microbe qui jusque-là n'avait pas pu le pénétrer profondément. Accuser la doctrine de ne pas expliquer de tels faits cliniques, c'est méconnaître encore l'association de deux procédés pathogéniques, la réaction nerveuse et l'infection.

Posséder la notion de l'infection, c'est un progrès ; ne voir que l'infection sans tenir compte des autres modes pathogéniques est une faute scientifique dommageable pour l'art médical, non seulement au point de vue de la thérapeutique préventive ou curative, mais aussi du pronostic et du diagnostic.

Quand, après une fracture ou une contusion, il existe un vaste foyer sanguin, mais que la peau est intacte, le chirurgien porte un pronostic favorable, pensant que les agents infectieux du dehors ne peuvent s'introduire dans le foyer. Mais il avait oublié ceux qui sont dans l'intestin ; ces microbes, profitant de l'inhibition que le choc traumatique exerce sur le phagocytisme des cellules, franchissent la barrière épithéliale, passent dans le sang et arrivent au foyer traumatique dont la matière fermente. L'infection s'y produit, quand on l'y jugeait impossible. Voilà pour le pronostic.

La phthisie est infectieuse ; le bacille de Koch peut s'éliminer avec le pus et les débris du poumon envahi ; sa présence dans les crachats est un signe de certitude. Est-il prudent pourtant de négliger les minuties du diagnostic stéthoscopique? Les bacilles peuvent manquer dans l'expectoration, même à des examens réitérés ; ils manquent précisément à la période où il serait le plus utile

d'asseoir le diagnostic, puisque c'est au début que la thérapeutique est surtout efficace.

Voici un exemple des inconvénients que peut avoir la préoccupation exclusive de l'infection. Elle conduit quelquefois le chirurgien à des applications téméraires ; les opérations jadis les plus redoutables ayant, grâce à la notion d'infection, perdu leur gravité, les chirurgiens sont en liesse... il est à craindre que pour quelques-uns cette fête ne tourne à l'orgie. L'opération, qui devait être curative, devient exploratrice. Si la laparotomie exploratrice est légitime quand elle est indispensable, c'est seulement à la condition d'être le premier terme d'une opération curative probable et quand tout autre procédé de diagnostic a échoué.

Les applications thérapeutiques déduites de la notion de l'infection ayant fait leurs preuves pour la chirurgie et pour l'obstétrique, on les a étendues avec avantage à presque toutes les cavités séreuses et surfaces muqueuses ; pour l'antisepsie intestinale en particulier, il est permis d'affirmer qu'elle peut rendre à la médecine des services comparables, dans certains cas, à ceux que l'antisepsie extérieure rend à la chirurgie. La thérapeutique antiseptique interstitielle aussi a donné de bons résultats ; si l'antisepsie générale est encore plus théorique que pratique, malgré plusieurs exceptions qui ne sont pourtant pas très rares, cela tient peut-être à ce qu'on l'a faite d'une façon aveugle.

La maladie virulente n'est pas, comme on l'a cru d'abord, une lutte corps à corps entre les microbes et les cellules animales, ou du moins ce conflit n'est qu'une circonstance accidentelle ou accessoire dans la lutte ; l'action directe offensive est plus souvent peut-être dirigée par les cellules contre les microbes que par les microbes contre les cellules ; elle est plutôt un procédé de défense de l'organisme qu'un moyen d'attaque de l'élément pathogène. Nous savons maintenant que le plus souvent les microbes nuisent par les poisons qu'ils sécrètent.

Si la virulence n'est autre chose que la toxicité des matières sécrétées par les microbes, le point de vue thérapeutique change : car ce n'est pas avec des antiseptiques qu'on combat les poisons. Sans doute, pendant la période active de la maladie, quand l'agent infectieux continue à se multiplier, il est bon d'entraver sa pullulation, mais il ne faut pas oublier le poison qui seul provoque les accidents morbides. Si ce poison est sécrété sur une surface accessible, on peut l'évacuer ou le précipiter, empêcher qu'il soit absorbé ; si l'absorption est déjà effectuée ou s'il a été primitivement fabriqué dans l'intimité des tissus, on peut encore l'atteindre, le brûler en activant les combustions, forcer son élimination par les émonctoires ; on peut, en tout cas, combattre ses effets physiologiques par l'administration de substances antagonistes. Parmi tous ces moyens, l'élimination du poison morbide est celui dont la réalité est le mieux établie. M. Bouchard a démontré que, dans les maladies infectieuses, les urines emportent au dehors une part notable des substances solubles qui ont été sécrétées dans le corps pendant la maladie ; qu'on peut, en injectant après stérilisation les urines d'un animal atteint de la maladie pyocyanique, provoquer chez un animal sain les symptômes essentiels et très spéciaux de cette maladie. De même, après avoir injecté chez un animal la culture stérilisée du bacille pyocyanique, MM. Charrin et Ruffer ont pu, en recueillant les urines de cet animal et en les injectant à un animal sain, provoquer chez ce dernier les paralysies caractéristiques de la maladie pyocyanique. Les poisons morbides, et spécialement les poisons d'origine microbienne, s'éliminent par les reins comme les poisons naturels. Si les antiseptiques peuvent être rationnellement employés dans la période d'augment des maladies infectieuses générales, pourquoi les emploierait-on encore au déclin de ces maladies, quand le microbe cesse de pulluler ? Mais alors les accidents virulents n'ont pas disparu ; le poison est encore présent et agissant, car il s'élimine lentement, l'émonction semble n'être pas complète en moins de douze à quatorze jours. Ainsi, l'infection mieux comprise nous prouve que, dans le traitement des maladies infectieuses générales, les antiseptiques, utiles quelquefois, sont toujours insuffisants et, dans certains cas, irrationnels.

Enfin, quand il n'y a plus ni microbes ni poison, et qu'on voit persister ou même se développer longtemps après la maladie infectieuse des accidents qui ne sont plus ni infectieux, ni même toxiques, mais qui résultent de la déviation du type nutritif des cellules impressionnées d'une façon durable par le poison, alors ce n'est pas avec des antiseptiques qu'on peut réparer ces suites durables ou lointaines de la maladie infectieuse, c'est seulement par les modificateurs généraux de la nutrition. Il ne manque pas de praticiens qui, s'inspirant des doctrines modernes, traiteront une paralysie diphthéritique par l'iode, par l'oxygène, même par l'acide phénique ou par les balsamiques; mieux instruits des découvertes pathogéniques contemporaines, ils reviendraient aux anciennes pratiques, aux sels neutres, aux alcalins, aux sulfureux, mais surtout aux stimulations nerveuses, aux frictions, aux divers procédés que l'on emprunte à l'hydrothérapie, à la balnéothérapie, etc. Ainsi, à mesure qu'on la comprend mieux, la pathogénie, à côté de ses acquisitions nouvelles, groupe les moyens de traitement que nous devions à l'empirisme et nous explique les succès de l'ancienne médecine.

M. Bouchard montre ensuite quelle lumière les découvertes de ces derniers temps projettent sur certains points obscurs de la pathogénie.

« On dit avec raison : à chaque maladie infectieuse spécifique correspond un microbe spécifique, et on croit pouvoir dire aussi : à chaque maladie infectieuse correspond un microbe différent. C'est là une erreur. Un microbe pathogène d'une espèce déterminée peut ne rien produire, ou provoquer une lésion locale, ou amener la mort sans lésion. La lésion locale, si elle se développe, pourra être unique, circonscrite, ou diffuse, ou multiple. La maladie, quand elle survient, pourra être insignifiante ou passagère, ou mortelle, ou chronique. Le streptococcus pyogène peut produire le phlegmon, la phlébite, l'angioleucite, l'érysipèle, la méningite, l'infection purulente, la fièvre puerpérale avec exsudat diphthéritique de l'utérus, infiltration de cet organe, péritonite, coagulations veineuses, abcès métastatiques, suppurations des séreuses, ou bien la fièvre puerpérale sans lésions.

On ne croyait pas possible, il y a quelques années, une telle variabilité des effets d'un seul microbe. Aujourd'hui que le fait est établi, on invoque, pour l'expliquer l'influence du terrain qui peut

varier d'un individu à l'autre. Mais l'influence du terrain n'explique pas tout. Le microbe suffit souvent à rendre compte de telles différences. La virulence est chose variable ; mille circonstances l'influencent, le milieu en particulier, la composition de la substance nutritive, la présence de l'air, l'excès ou l'insuffisance d'oxygène ; elle s'amoindrit dans un milieu originellement pauvre ou dans un milieu appauvri par la longue durée de la végétation du microbe ; elle s'exagère quand on animalise le milieu nutritif ; c'est ce que vient de montrer M. Charrin, qui restitue sa virulence perdue à la bactéridie charbonneuse quand il la cultive dans un bouillon additionné de sang.

Un certain nombre de ces conditions se rencontrent souvent dans la pathologie humaine ; quand le streptocoque modérément virulent se multiplie dans une plaie anfractueuse, dans des cloaques fétides, dans la cavité utérine cruentée, sa virulence augmente, et il peut provoquer des accidents graves qui sont infiniment plus rares quand il vit sur une plaie détergée et aérée. En présence de ces variations d'activité, on se demande où est le type de la virulence normale, et l'on est entraîné à conclure que cette normale n'existe pas. Parmi les fonctions chimiques d'un microbe pathogène, il en est une qui produit les substances toxiques; cette fonction est plus ou moins active, faible ou forte. Cette activité virulente est normale, étant donné l'ensemble des conditions extérieures qui l'ont développée et qu'il est presque impossible de déterminer complètement. Suivant les cas, le même microbe a une virulence nulle, faible, modérée, intense, excessive. Ainsi s'explique la variabilité des effets d'un même virus qui déroutait les adeptes des nouvelles doctrines et les faisait douter de la validité de leurs croyances.

La virulence peut s'éteindre ; le microbe peut même cesser de pulluler, il n'est pas mort pour cela. Il sommeille dans quelque organe ; puis, un jour, il se réveille à la suite d'un traumatisme local ou de quelque détérioration de la santé générale ; il a recouvré sa virulence. La récidive ou la rechute succède à un court sommeil, les poussées tardives qui se font *in situ* ou dans des points éloignés de la région primitivement infectée sont les effets d'un réveil qui suit un long sommeil ; elles sont la justification clinique de cette conception que M. Verneuil a résumée en un mot : le microbisme latent. Tout cela encore paraissait contradictoire avec la doctrine. On ne comprenait pas, par exemple, comment, chez certaines femmes, le retour périodique des règles ramenait périodiquement un érysipèle sans infection nouvelle.

La renaissance d'un microbe est quelquefois due à l'invasion de l'organisme par un autre agent pathogène. Quand deux microbes différents se trouvent en conflit dans le même organisme, l'un d'eux peut prévaloir sur l'autre ; il en peut résulter, pour ce dernier, une impuissance ou, comme on disait, une atténuation. La bactéridie charbonneuse est entravée par le streptocoque de l'érysipèle (Emmerich) ; elle est arrêtée par le pneumocoque (Paulowski) ; M. Bouchard a amené la guérison du charbon inoculé chez le lapin, en inoculant, après coup, le bacille pyocyanique. Mais si sur le même terrain deux microbes peuvent se nuire, ils peuvent aussi, parfois, se prêter assistance. M. G.-H. Roger a récemment démontré que l'inoculation du bacillus prodigiosus rend possible, chez le lapin, le développement d'une espèce particulière de gangrène gazeuse à laquelle cet animal est réfractaire quand les deux microbes ne sont pas associés.

Ainsi, chaque jour, la science dissipe les contradictions apparentes. Elle a dépisté le microbe dans les retraites où il se cache et se recueille, non pas seulement dans la rate, dans la moelle des os, dans les organes lymphoïdes, mais dans les poumons, dans le foie, dans les reins, dans les endothéliums vasculaires. Si sa présence peut ne pas éveiller dans ces parties un travail pathologique appréciable, il a cependant impressionné leur type nutritif, et, plus tard, quand il a disparu, peuvent apparaître des lésions chroniques, cirrhoses, néphrites, endartérites, altérations valvulaires.

Ces localisations tardives des maladies infectieuses ne procèdent plus directement de l'infection, elles résultent d'un trouble permanent de la nutrition des cellules de certains organes qui ont été impressionnés antérieurement par l'agent infectieux. Elles ont les plus grandes analogies comme lésions anatomiques et même comme processus pathogénique avec de semblables altérations des mêmes organes qui surviennent dans les maladies générales de la nutrition et dans certaines intoxications. »

M. Bouchard voudrait, dit-il en terminant, laisser dans l'esprit de ses auditeurs cette pensée « que les notions pathogéniques sont utiles, que posséder une seule notion pathogénique condamne à l'impuissance, que les contradictions dont on fait grand bruit entre les faits cliniques et les doctrines pathogéniques ne sont qu'apparentes, et que l'œuvre scientifique de chaque jour les dissipe en donnant aux faits leur véritable interprétation ».

REVUE DE CHIRURGIE

I. *A propos de l'opération du varicocèle.* — II. *Sur le stypage.* — III. *Du rein des urinaires.*

I. — A PROPOS DE L'OPÉRATION DU VARICOCÈLE.

Le Dr P. Segond revient (1) sur cette question de pratique chirurgicale dont nous avons parlé dans notre dernière revue : la cure chirurgicale du varicocèle par les méthodes dites préservatrices a fait son temps. C'est au bistouri que s'adressent, depuis plusieurs années, les chirurgiens qui ont remis en honneur cette excellente opération. Ils ont d'une manière variable combiné la ligature des veines, leur section, leur excision et la résection du scrotum. D'autres ont eu recours à la résection pure et simple du scrotum : tous ont obtenu de bons résultats. Aussi faut-il se garder de préconiser exclusivement tel ou tel des procédés récemment mis en œuvre et on ne peut guère énoncer que des préceptes généraux.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de varicocèle justiciable d'une intervention, il faut prendre en considération la nature des troubles fonctionnels, l'intensité des douleurs, le volume du varicocèle, l'état de relâchement des bourses, etc. Lorsque les varices sont petites, très douloureuses et les dimensions du scrotum peu modifiées, il suffit d'agir sur les veines (ligature ou mieux résection entre deux ligatures). De même,

(1) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, avril 1889.

lorsque le relâchement excessif est le symptôme dominant, la résection bilatérale du scrotum devient le procédé de choix. Il est enfin admis que dans la majorité des cas la double indication d'agir à la fois sur les veines et sur le scrotum se présente : c'est aux méthodes combinées qu'il faut recourir.

Le procédé de résection scrotale mérite néanmoins l'attention : il est plus expéditif et moins grave que les opérations dans lesquelles on s'adresse à la fois aux veines et au scrotum. Les partisans de la résection bilatérale du scrotum (L. Championnière, F. Reclus) affirment l'excellence de leurs résultats. M. Segond est du même avis : il a pratiqué une fois cette opération sur un jeune garçon de 19 ans atteint d'un varicocèle gauche énorme et particulièrement douloureux. « Pour exécuter cette résection scrotale fort étendue, je n'ai, dit-il, employé aucun instrument spécial. Deux pinces hémostatiques ont d'abord jalonné deux points de l'incision que j'allais faire. Puis, refoulant le plus haut possible les testicules et les maintenant ainsi relevés à l'aide d'une pince à mors longs et courbes modérément serrée, j'ai fait tendre le scrotum par un aide et, d'arrière en avant, avec un simple bistouri, j'ai pratiqué la résection comme on taille un lambeau cutané quelconque. Cela fait, j'ai pu tout à mon aise assurer l'asepsie et l'hémostase, puis j'ai suturé à l'aide d'une série de fils d'argent fins et très rapprochés. Huit jours après les fils étaient enlevés et la cicatrice solide. J'ai revu cet opéré trois mois après en parfait état ; il ne souffrait plus, le varicocèle avait notablement diminué et le scrotum formait toujours un étroit et solide suspensoir ».

En résumé, la résection du scrotum comme traitement du varicocèle est une opération très simple, qui n'exige aucun appareil instrumental spécial et qui est d'une bénignité avérée ; si les résultats qu'elle donne sont durables (comme il y a tout lieu de le penser), elle deviendra l'intervention la plus sûre et la plus simple dans beaucoup de cas jusqu'alors justiciables des résections combinées.

II.— Sur le stypage (1).

Le Dr Figuet (de Vienne) donne les résultats qu'il a obtenus à l'aide de la méthode du stypage due à notre distingué confrère le Dr Bailly (de Chambly). Tous nos lecteurs en connaissent le manuel opératoire : on applique sur la région sur laquelle on veut agir des tampons faits au centre de ouate hydrophile et à l'extérieur de bourre de soie et que l'on a imbibés suivant leur grosseur par le jet direct du siphon chargé de chlorure de méthyle ou à l'aide d'un récipient plus petit, le thermo-isolateur.

Lorsque l'on met le tampon en contact avec la peau pendant quelques secondes, une dizaine environ, on voit apparaître une tache blanche passagère qui ne laisse aucune trace ; quelques secondes de plus et la peau paraît blanc-laiteux, parcheminée ; si l'on insiste, elle se creuse en cupule. Un degré de plus et l'on produirait la phlyctène.

Après le premier degré le point touché reprend de suite son aspect normal. Lorsque la peau a été parcheminée il se produit une coloration rougeâtre qui persiste pendant deux ou trois jours et qui paraît encore au bout de quinze jours si l'on a produit la cupule. C'est à ce degré que l'on peut attaquer sans douleur la peau par le bistouri ou le thermo-cautère ; tandis que pour traiter les névralgies il suffit d'obtenir la tache blanche, le commencement de l'état parcheminé.

C'est grâce à cette précision dans l'étendue et l'intensité de l'effet obtenu que l'on peut employer le tampon alors que la pulvérisation est impossible, que l'on peut employer le liquide réfrigérant sur la face sans produire de tache rouge toujours désagréable et insensibiliser une muqueuse, un point de la bouche, par exemple, sans crainte d'y causer une eschare.

M. Figuet a *stypé* une soixantaine de malades : il n'a pas eu un seul accident, mais a compté quelques insuccès. Chez les personnes atteintes de névralgie, l'application du tampon a toujours été suivie de la disparition ou de la diminution très notable de la douleur ; quelquefois cette douleur a reparu au bout de quelques heures, d'une demi-heure même ; et alors certains malades n'ont pas la patience de recourir à ce procédé ; d'autres, pusillanimes, ne veulent pas subir une seconde fois la cuisson, parfois assez vive que provoque le chlorure de méthyle.

Toutefois, lorsqu'on a à lutter contre le symptôme douleur, on peut s'adresser avec espoir au stypage : toujours on aura une amélioration d'une rapidité surprenante et souvent une guérison définitive. On évite ainsi chez un bon nombre de malades l'administration généralement peu agréable des médicaments et l'emploi des injections de morphine dont on connaît les inconvénients quand il faut en faire un usage prolongé.

Au point de vue chirurgical, M. Figuet a appliqué la méthode de M. Bailly pour une entorse, pour un ongle incarné, des incisions d'abcès, pour l'ablation d'une petite tumeur de la main, pour des pointes de feu, etc.. Le stypage donne une anesthésie locale rapide, très suffisante pour des opérations superficielles ou de courte durée, produit l'insensibilisation des muqueuses bien mieux que les autres anesthésiques locaux, la cocaïne par exemple, et permet l'emploi du fer rouge ou du thermo-cautère, ce qui ne peut se faire après les pulvérisations d'éther.

III
Du rein des urinaires.

La bactériologie est en train de modifier profondément et d'augmenter nos connaissances dans les diverses branches de l'art de guérir : si nous ne pouvons étudier avec nos lecteurs les progrès techniques de cette science, nous tenons du moins à leur faire connaître les données nouvelles et utiles pour la pratique qui résultent des recherches des expérimentateurs.

Nous avons plaisir à signaler à ce point de vue la thèse récente de notre distingué confrère le Dr J. Albarran (1) qui, en se basant sur des recherches microbiologiques fort intéressantes, étudie, au point de vue pathogénique, anatomique et clinique, les lésions rénales consécutives aux maladies des voies excrétoires de l'urine.

Lorsqu'il y a un obstacle au cours de l'urine, il existe une *période aseptique* caractérisée par la dilatation, puis par l'atrophie des canalicules

(1) *Lyon médical*, 7 avril 1889.

(1) Etude sur le rein des urinaires, par le Dr J. Albarran. G. Steinheil, etc., 1889.

du rein accompagnée d'un léger degré de *sclérose non inflammatoire.* On peut même voir, chez les urinaires, des oblitérations aseptiques semblables à celles que l'on produit expérimentalement chez les animaux par la ligature des uretères.

A un moment donné de la maladie urinaire, le plus souvent par le fait du chirurgien, les organismes pénètrent dans la vessie et y pullulent: les lésions deviennent *infectieuses.* Le microbe qui joue le principal rôle dans la production de ces complications est le *bactérium* pyogenes, qui, à lui seul, a causé seize infections sur les vingt-cinq cas observés par Albarran ; les neuf autres cas ont été produits : sept fois par la même bactérie associée à un bacille, à des microcoques, ou au streptocoque pyogène, deux fois par le seul streptocoque.

L'infection *locale* du rein, comme l'infection *générale*, peut donc être *simple,* produite par une seule espèce de microbes, ou *combinée* résultant de l'action de plusieurs espèces agissant d'une façon simultanée.

Les microbes arrivent au rein par la voie *ascendante* uréthrale ou par la voie *descendante* circulatoire. Très souvent les lésions sont à la fois ascendantes et descendantes.

Quand les organismes arrivent au rein par la *voie ascendante*, ils produisent, suivant leur virulence : a) la *sclérose simple,* avec foyers embryonnaires sans suppuration ; b) la *néphrite suppurée.*

Dans les cas de sclérose latente, même sans polyurie, le diagnostic de la lésion peut être établi par la présence simultanée de trois symptômes presque constants : *l'albuminurie*, en général légère, la *diminution de la quantité d'urée*, la présence de *cylindres* dans les urines.

La fièvre urineuse est due à la pénétration des microbes dans le sang et à la *réaction de l'organisme* ; si celui-ci est affaibli par l'âge ou par la cachexie, la fièvre manque ou ne se manifeste que par une élévation finale. Toutes choses égales sous le rapport de la capacité de réaction de l'organisme, la fièvre est plus intense si la *virulence* des microbes est augmentée.

Dans plus de la moitié des cas de *néphrite suppurée* suivie de mort, la *fièvre manque* totalement, ce qui est dû à la déchéance de l'organisme, habituelle chez l'urinaire. La fièvre et la suppuration du rein n'ont pas *de rapport de cause à effet* ; toutes deux étant dues à l'infection microbienne, elles peuvent coexister.

Quand les microbes s'éliminent par les reins après avoir été absorbés dans les voies urinaires, ils peuvent ne produire que de la *congestion* ou des hémorrhagies dans les cas d'*infection foudroyante* ; si l'élimination dure plus longtemps, on observe une néphrite diffuse avec prédominance des lésions *hémorrhagiques épithéliales* ou *diapédétiques.* Si l'infection est plus prolongée encore, il se produit une néphrite suppurée due à des embolies *microbiennes.*

On doit être sobre d'intervention pendant la période aseptique des urinaires. Pendant la période septique, il faut, préalablement à toute opération sanglante, pratiquer l'examen bactériologique de l'urine et craindre surtout le bactérium pyogenes et le streptocoque. Si ces microbes existent dans les urines, il est nécessaire de rendre le milieu vésical aseptique, autant que possible, pendant plusieurs jours avant l'opération ; toute intervention sera très rigoureusement aseptique et même pour le simple cathétérisme, on doit s'entourer de toutes les précautions usitées pour les opérations sanglantes.

On peut, en négligeant ces précautions, causer la mort des malades.

(*A suivre*).

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

du Corps médical français.

Bilan au 1er avril 1889.

Caisse	31.085 60	31.453 0
Caisse auxiliaire	»	2.723 0
Caisse des pensions	323 03	»
Cotisations	»	184.962 9
Frais généraux	5.652 63	20 9
Obligations du Midi	9.091 90	210 9
Rente 3 % amortissable	108.889 35	750 »
Obligat. foncières 1883	15.850 »	363 7
Obligat. communal. 1886	21.795 25	»
Obligations d'Orléans	18.484 40	363 7
Obligat. foncières 1879	9.675 85	
	220.848 01	220.848 0

Situation au 1er avril 1889.

RECETTES.

Cotisations	187.459 85	
Dons à la Caisse des pensions	2.300 »	
Dons à la Caisse auxiliaire	650 »	
Profits et pertes	423 14	
Intérêts et valeurs	16.986 40	
		207.819 3

EMPLOIS.

Portefeuille :		
29 obl. Midi	11.306 55	
4,050 fr. de rentes 3 % amortiss.	115.125 60	
50 obl. foncières 1883.	18.395 »	
50 obl. commun. 1886.	24.705 25	
50 obligat. Orléans	19.735 70	
20 obl. foncières 1879.	9.816 60	
		199.084 70
Frais généraux		6.055 28
Remboursement à Mme veuve B.		2.496 90
Reste en caisse au 1er avril 1889		182 51
		207.819 3

Le Trésorier, Dr H. VERDALLE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Exercice illégal par les sages-femmes.

Nous avons reçu les deux lettres suivantes :

Monsieur le directeur,

Je viens vous demander votre avis sur les cas suivants. *Peuvent-ils être considérés comme des faits d'exercice illégal de la médecine, tombent-ils d'une façon quelconque sous le coup de la loi?*

1er cas : Un enfant de 10 jours est atteint d'ophtalmie purulente avec sécrétion si abondante que, au dire de la mère, quand on entr'ouvrait les paupières, le pus coulait jusqu'en bas de la joue. La sage-femme déclare que ce n'est pas la peine d'aller au médecin, elle attribue la maladie à un courant d'air et aussi à ce que, le lit ayant été placé près de la fenêtre, le jour a été trop fort pour les yeux. La grand'mère de l'enfant ayant exprimé la crainte que ce ne fût un abcès, la sage-femme se mit à rire d'elle, disant qu'il n'y avait pas de danger, que cela se passerait en lavant les yeux une dizaine de fois par jour avec une infusion de feuilles de mauve ou mieux de thé vert. La mère ignorait la gravité de la maladie et pensait que beaucoup d'enfants avaient cela. J'ai vu l'enfant 15 jours après le début de l'ophtalmie, les paupières gonflées et les yeux pleins de pus.

Par un hasard fort heureux les cornées n'avaient pas encore de lésions, l'enfant est guéri, mais il est presque certain que, si le traitement au thé vert institué par la sage-femme eût été continué quelques jours de plus, je n'aurais eu qu'à déplorer des lésions irrémédiables comme dans le cas suivant.

2e fait : J'ai vu ces jours-ci un enfant de 3 mois et demi ayant l'œil droit perdu pour la vision et difforme par suite d'une taie cornéenne avec enclavement total de l'iris et staphylôme antérieur; l'œil gauche est compromis par suite d'une large taie centrale.

L'enfant a été atteint d'ophtalmie purulente moins de 24 heures après sa naissance (gonflement considérable, sécrétion abondante) ; la sage-femme a dit que c'était *un froid* et qu'il fallait laver les yeux avec une infusion de thé vert. Elle a fait huit visites dans les jours qui ont suivi l'accouchement, à certaine fois elle a regardé l'enfant, d'autres fois elle a seulement demandé comment allaient les yeux et elle disait toujours qu'il fallait continuer avec du thé vert.

Veuillez agréer,

Dr P. Bettremieux, de Roubaix,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

4 avril 1889.

Roubaix, le 3 avril 1889.

Monsieur et très honoré confrère.

La majorité des médecins de Roubaix forme une association locale qui n'a pas pris le *nom* de *Syndicat*, mais qui, en fait, constitue un Syndicat.

Un de nos collègues nous a signalé aujourd'hui plusieurs cas d'ophtalmie purulente de nouveau-nés chez des enfants dont les mères avaient pris une sage-femme pour les aider dans leur accouchement.

Les sages-femmes ont soigné comme d'habitude les suites de couches ; on leur a signalé l'ophtalmie des enfants, elles ont déclaré que *ce n'était* rien, que *cette affection* était due à un froid, et ont fait soigner ces yeux malades par des lotions d'eau de guimauve, ou plus souvent par des lotions de thé vert.

Quelques-uns de ces cas s'étant terminés par la perte d'un œil ou des deux yeux, notre confrère nous a demandé s'il n'y avait pas lieu de poursuivre les sages-femmes, coupables au moins d'omission grave (une d'elles avait même déclaré qu'il ne fallait pas appeler de médecin).

En ma qualité de membre du Concours, je me suis engagé à demander au *Conseil du Concours :*

1° S'il y avait matière à poursuivre les sages-femmes pour exercice illégal de la médecine ;

2° Et, dans l'affirmative, si nous pouvions, quoique non reconnus par l'autorité administrative, poursuivre au nom de notre société locale.

Il a été à ce sujet décidé que nous nous ferions tous solidaires les uns des autres et que si nous ne pouvions poursuivre en tant que syndiqués nous poursuivrions au nom des docteurs B..., C... D. etc.

Je serais très heureux si je pouvais recevoir le plus tôt possible la réponse du *Conseil du Concours médical.*

Veuillez agréer, etc.

Dr Butruille,
Vice-président de l'Association
des médecins de Roubaix,
13, rue du Château.

Réponse de M. Lordereau, conseil judiciaire du Concours :

1° Il y a exercice illégal de la médecine de la part de la sage-femme et par conséquent matière à poursuites conformément aux articles 35 et 36 de la loi du 10 ventôse an XI, dès lors qu'elle ne se renferme pas strictement dans ses attributions d'accoucheuse.

2° Il est impossible de poursuivre au nom de la Société qui n'a pas d'existence légale et n'est point un être moral ayant capacité pour ester en justice: la poursuite doit être faite par les intéressés nommément. Plusieurs arrêts ont admis en pareils cas comme intéressés tous les médecins de la ville. (Faire plainte collective au Procureur et se porter partie civile.)

REPORTAGE MÉDICAL

Le transport des contagieux.— Le Conseil municipal a voté un crédit de 38.870 fr. pour l'aménagement d'une station de voitures d'ambulance pour le transport des malades atteints d'affections transmissibles ou contagieuses. Douze voitures, type perfectionné, seront construites pour ce service.

Les médecins à la frontière italienne. — Le gouvernement italien a demandé au gouvernement français d'établir, d'un commun accord, un régime au sujet de l'exercice de la médecine sur les frontières des deux pays.

Protection des enfants du premier âge. — M. le ministre de l'Intérieur vient d'acorder à M. Fleury, inspecteur départemental de l'Assistance publique du Cher, dont les travaux sur l'hygiène de l'enfance ont été récompensés par l'Académie de médecine, une médaille d'honneur, comme témoignage de sa satisfaction pour le dévouement qu'il apporte à l'œuvre de la protection des enfants du premier âge.

Femmes médecins. — A la dernière séance du Conseil municipal, M. Levraud a rapporté deux pétitions émanant, l'une de Mlle Blanche Edwards et l'autre de Mlle Victorine Benoît, toutes deux docteurs en médecine, demandant à être chargées d'un service médical dans les écoles de la Ville. Ces deux pétitions sont renvoyées à l'administration avec avis favorable.

Sénégal. — Une sérieuse épidémie de variole a éclaté à Saint-Louis et dans les villages voisins. Le nombre des victimes est déjà considérable parmi les nègres à qui il est si difficile de faire accepter la vaccination.

La diphtérie en Prusse. — D'après les statistiques officicielles sur 475.946 morts survenues pendant la période quinquennale 1882-1886 par suite de variole, scarlatine, rougeole, coqueluche et diphtérie, 254,322 doivent être rapportées à cette dernière maladie. De plus la mortalité annuelle par diphtérie s'est élevée du chiffre de 45.890 qu'elle atteignait en 1883 à celui de 55.035 en 1886 pour l'ensemble du royaume.

Hôpitaux de Paris.— Concours pour trois places de médecins du Bureau central. — La première épreuve du concours est terminée. Les trente-deux candidats, dont les noms suivent, sont déclarés admissibles à la seconde épreuve (épreuve clinique).

MM. Dreyfous, Charrin, Thibierge, Larmoyez, Hirtz, Petit, Robert, Variot, Mathieu, Galliard, Siredey, Richardière, Marfan, Roger, Delpeuch, Gauchas, Babinski, Leroux, Duplaix, Capitan, Giraudeau, Lebreton, Launois, Bourcy, Havage, Oettinger, Gallois, Dufloch, Achard, Durand-Fardel, Le Gendre et Wober.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Solution martiale et arsenicale.

Tartrate ferrico-potassique...	4 à 5 grammes.
Solution de Fowler...........	2 à 4 —
Sirop de menthe.............	60 —
Eau..........................	340 —

Chaque cuillerée à soupe contient 2 à 4 gouttes de la solution arsenicale.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Bailly, de Chambly (Oise), présenté par M. le Directeur.

M. le Dr Labonne, de Paris, présenté par M. le Directeur.

BIBLIOGRAPHIE

Vade mecum du médecin mobilisé,

Par le Dr Etienne Leblanc, médecin au 104me territorial. *Delahaye* éditeur.

Ce livre est un des rares exemples de l'initiative prise par un médecin de province éloigné des centres d'intruction et réussissant néanmoins à faire une œuvre utile que ses confrères consulteront avec fruit. Voici le but que se propose l'auteur : « Réunir en un petit manuel, les renseignements principaux qui peuvent être utiles, à un moment donné au médecin civil devenu subitement médecin militaire, par suite de mobilisation. » Le Dr Leblanc expose, dans une série de chapitres courts et substantiels, l'organisation et les réglements du corps de santé, médecins et pharmaciens ; le service régimentaire ; le formulaire des maladies militaires habituelles. Le rôle du médecin mobilisé en campagne ; les moyens d'empêcher la propagation des maladies : les pansements au bivouac. Le rôle du médecin dans les ambulances, les hôpitaux, les dépôts de convalescents, etc. Les pansements et les injections antiseptiques sont décrits avee soin ; la thérapeutique chirurgicale occupe dans ee livre l'importante place qu'elle mérite, et même pour eeux qui savent, il y a un intérêt réel à trouver réunies toutes les notions utiles à la chirurgie militaire moderne.

A notre graud regret, nous avons le devoir de signaler une erreur dans la note relative aux militaires de la réserve de l'armée territoriale, qui peuvent être autorisés à faire partie du personnel des sociétés de la Croix-Rouge ; mais cette erreur n'est pas due à l'auteur du livre ; elle provient d'une interprétation inexacte paraît-il, de l'article 6 du décret qui régit l'Association des dames françaises en temps de guerre.

Voici le texte de cet article :

« Néanmoins, les hommes appartenant à la réserve de l'armée territoriale peuvent exceptionnellement, sur des autorisations nominatives données par le Ministre de la guerre, être admis à faire partie du personnel employé par cette société. Les demandes d'autorisation concernant les hommes de cette dernière catégorie seront adressées, dès le temps de paix, au ministre ; les autorisations accordées par le ministre seront valables, même en cas d'appel de la classe à laquelle ils appartiennent.

Sont recrutés : les médecins traitants, parmi les docteurs en médecine ; les médecins-aides, parmi les docteur en médecine ou les officiers do santé ; les pharmaciens, parmi les pharmaciens diplômés de 1re classe.

« Comme les médecins et les pharmaciens sont désignés expressément dans cet article 6, il était tout naturel de conclure que l'article s'appliquait à eux ; hé bien ! il n'en est rien ; l'article 6 ne comprend que les militaires, qui n'ont pas le grado d'officier ; les médecins et les pharmaciens de 1re classe sont des officiers. »

Nous lui signalerous aussi une modification assez importante dans l'organisation des hôpitaux auxiliaires. M. le ministre de la guerre permet de confier à deux personnes distinctes, la direction du service médical et l'administration de ces établissements, ce qui facilite beaucoup le recrutement du personnel.

(Extrait du *Bulletin de l'Association des dames françaises* sous la direction du secrétaire-général-fondateur : M. le professeur agrégé Duchaussoy.)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année **Nº 17** 27 Avril 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES VICTIMES DU DEVOIR MÉDICAL

Procès-verbal de la séance du bureau de la Société de protection des Victimes du Devoir Médical du 7 mars 1889.

Le 7 mars 1889, à 8 h. du soir, les membres du bureau de la Société, convoqués par le Président, se sont réunis au domicile de M. Th. Roussel, 64, rue des Mathurins.

Étaient présents : MM. ROUSSEL, président, CHASTAING, trésorier, GÉZILLY, secrétaire ; absents et empêchés : MM. F. CHAUVEAU et H. MONOD, vice-présidents.

Le secrétaire rend compte de la situation de l'œuvre, depuis le jour de sa constitution définitive et de l'adoption de ses statuts. Ces statuts, accompagnés d'une circulaire destinée à faire connaître l'œuvre au public, ont été imprimés à un certain nombre d'exemplaires.

Une partie de ces imprimés a été adressée à tous les *membres fondateurs de l'œuvre* qui, en vertu des statuts, ont accepté la charge d'en faire la propagande, afin qu'ils pussent les remettre aux personnes de leurs relations.

C'est ainsi que M. *Nicolas*, membre fondateur, conseiller d'Etat, directeur du commerce, a procuré à l'œuvre la souscription du Ministre du commerce, pour une somme de cinq cents francs.

M. H. C. *Monod*, membre fondateur, vice-président de l'œuvre, directeur de l'Assistance publique de France, a sollicité et obtenu du Ministre de l'intérieur une somme de deux mille francs.

M. le Dr *Maurat*, de Chantilly, a sollicité et obtenu de Madame la baronne James de Rothschild, de Madame la baronne Salomon de Rothschild, de M. Henri de Rothschild, des souscriptions s'élevant à la somme de dix-sept cents francs.

L'envoi des circulaires et statuts a produit la souscription par le public d'un certain nombre de souscriptions au titre de *donateurs*, de *titulaires* et de *titulaires perpétuels* qui ont racheté, par une somme de deux cents francs, une fois versée, leur souscription annuelle.

En présence de ces résultats, le Bureau décide que des remerciements seront adressés au nom de l'œuvre de la Société de protection des victimes du devoir médical, à ses trois membres fondateurs, MM. Nicolas, Monod, Maurat.

Il sollicite l'appui de tous les membres fondateurs auxquels les statuts et circulaires ont été envoyés et les prie de vouloir bien les utiliser pour le bien de l'œuvre.

Le Bureau décide également que, vu les résultats obtenus par ce premier envoi, un nouveau tirage des statuts et circulaires sera fait et que les exemplaires seront adressés, sous forme de lettre, à tous les membres du corps médical, vétérinaire et pharmaceutique qui occupent une situation éminente ainsi qu'aux associations qui pourront s'intéresser à l'œuvre.

Les imprimés devront être expédiés également, et pour la seconde fois, à tous les journaux politiques, spécialement à leurs rédacteurs médicaux ; aux membres de l'Association de la presse médicale et spécialement à ses syndicats.

On les enverra également à toutes les personnes connues pour faire de leur fortune un généreux usage.

RECOUVREMENT DES SOUSCRIPTIONS.

Le Bureau décide que les souscriptions des membres titulaires seront recouvrées pour la première fois dans le courant de mars 1889 et de même les années suivantes.

Ce recouvrement devra être précédé d'une lettre d'avis adressée au souscripteur, l'invitant à verser la souscription au trésorier de l'œuvre et l'avisant que, faute d'avis contraire, la souscription sera recouvrée par le Crédit foncier, banquier de la Société.

PLACEMENT DES FONDS.

Le Bureau décide que les fonds de la Société seront placés en achat de rente 3 % amortissable et le trésorier ne conservera en caisse que le fonds de roulement strictement indispensable pour pourvoir aux dépenses courantes (frais de bureau, affranchissements, imprimés, etc...)

Le Bureau décide enfin que dans le courant du mois de mai prochain, les membres fondateurs de l'œuvre seront invités à prendre part à un banquet, par cotisation, destiné à leur permettre de se concerter pour le bien de la Société de protection.

Les invitations à ce banquet seront adressées quinze jours avant sa date à tous les membres fondateurs. La date sera fixée par le président, M. Théophile Roussel. Pourront être invités à *prendre part à ce banquet*, les souscripteurs actuels capables de contribuer à l'extension de l'œuvre.

Un exemplaire du présent procès-verbal sera adressé à tous les membres fondateurs et à tous les souscripteurs acquis.

M. le trésorier rend ensuite compte de l'état financier de la Société de protection.

RAPPORT DU TRÉSORIER.

La *situation financière* de la Société est la suivante :

Sommes versées.....................	2.885 fr. 35
Sommes à percevoir.....................	3.210 fr.
Total..........	6.095 fr. 35
Dépenses.....................	2.332 fr. 90

Ces dépenses portent : 1° Sur des frais généraux, des frais d'impression, de timbres, etc. (Ces frais à l'origine d'une société sont plus élevés qu'après son établissement régulier et que dans les conditions ordinaires de son fonctionnement. Ils s'élèvent à 602 fr. 10.)

2° Achat de rente amortissable 3 % pour une somme de 1730 fr. 80.

Les dépenses réelles se réduisent donc à 620 fr. 10.

Le trésorier n'a pas cru devoir toucher avant la présente réunion une somme de 2,000 fr., don du ministère de l'intérieur, et une somme de 500 fr., don du ministère du commerce. Ces fonds n'étant point nécessaires en caisse, il désire avoir la décision du Conseil sur le placement qui en sera fait.

Le Conseil, en consultant le carnet à souche du trésorier et le registre de la comptabilité, trouve les éléments qui établissent les sommes énoncées dans le présent rapport, tant au chapitre Recettes qu'au chapitre Dépenses.

Le Trésorier,
A. CHASTAING.

Les recettes et les dépenses, examinées par le Bureau, reçoivent son approbation, et la séance est levée à 10 heures.

Paris, le 7 mars 1888.

Le Président, T. ROUSSEL.

Le Secrétaire, A. CÉZILLY.

Nous reproduisons à l'occasion de ce procès-verbal les CIRCULAIRES, STATUTS et FORMULES D'ADHÉSION qui ont été publiés depuis la constitution de la Société.

Circulaire.

MONSIEUR, MADAME,

La *Société de protection des victimes du devoir médical* a l'honneur de vous communiquer ses *Statuts* et de solliciter votre adhésion et votre *souscription*.

Le médecin affronte de graves dangers par devoir professionnel. Souvent, surtout à l'époque des calamités publiques, des membres du corps médical dépassent les limites de ce devoir et sont victimes de leur héroïsme.

On rend volontiers hommage à ces faits de haute abnégation ; mais, en allant au devant de la mort, les médecins laissent, parfois, femmes et enfants sans aucune ressource.

Dans ces circonstances, la veuve est condamnée à un travail manuel ; les filles ont la destinée des filles sans dot ; les fils ne peuvent suivre la carrière libérale du père ; le père et la mère du jeune étudiant sont privés de son appui pour leurs vieux jours. En un mot, la famille est contrainte à déchoir ; ce qui n'est pas juste !

Il fallait donc organiser une *Société* dont les membres consentiraient à prêter leur influence sociale, leur appui moral et, au besoin, leur appui matériel aux membres de la famille d'un médecin qui a succombé en se dévouant à l'humanité, et les suivre dans leur vie, pour leur tendre la main.

C'est pourquoi un *Comité* s'est formé en vue d'établir l'œuvre de protection.

Nous empruntons à la Presse générale quelques exemples de dévouement médical.

UN MARTYR DU DEVOIR.

« Un jeune docteur parisien, M. Catel, était alité, assez dangereusement malade : on vint l'appeler pour trois enfants qui étaient atteints de fièvre scarlatine : à tout prix, il voulut se lever.

Les gens qui étaient autour de lui, lui représentèrent qu'il y allait de sa vie.

— Je le sais, répondit-il, je n'en reviendrai probablement pas, mais je veux faire mon devoir.

Il y alla, et les trois enfants furent sauvés... Mais le docteur Catel en est mort... il n'avait que trente-cinq ans.

Croyez-vous que ce trait n'est pas aussi admirable que celui des braves sauveteurs qui périssent en allant secourir un navire en détresse, au milieu d'une mer en fureur ?

Devant de tels actes de dévouement, on se sent l'âme saisie d'un vaste sentiment de pitié et d'admiration ; et on a presque envie de pleurer... Décidément, l'humanité est moins méchante et moins égoïste que ne l'a prétendu La Rochefoucauld ; la mort des « martyrs du devoir » est là pour l'attester.

Je ne puis pas songer sans émotion à la mort du docteur Catel, car il y a quelques années, j'ai été moi-même témoin de la fin tragique d'un jeune médecin, dont j'avais fait la connaissance d'une façon tout à fait fortuite et imprévue. Il s'appelait le docteur Carrère.

Je n'avais jamais vu le docteur Carrère. Je me promenais au bras d'un ami, lorsque je le rencontrai pour la première fois. Les présentations furent bien vite faites, et la conversation s'engagea cordialement comme entre vieilles connaissances.

Il y avait à ce moment-là une épidémie de croup qui sévissait cruellement sur les jeunes enfants, à Paris. Le docteur Carrère m'expliqua très longuement ce que c'était que l'opération chirurgicale appelée *trachéotomie* : vous savez que c'est l'opération qui consiste à ouvrir la trachée pour rétablir la respiration entravée par l'angine ou par le croup. Le médecin est parfois obligé, pour dégager les voies respiratoires, d'aspirer par un tube les matières qui se trouvent accumulées dans la gorge. Opération terrible, car elle peut tuer celui qui la pratique.

« Vous autres journalistes, me dit le docteur Carrère, vous rendez volontiers justice au dévouement des médecins, mais vous ne soupçonnez pas encore jusqu'où le courage professionnel peut nous mener... Jugez-en par mon exemple... Je soigne en ce moment deux enfants atteints d'angine couenneuse. Vous savez que c'est une maladie contagieuse au premier chef. Le médecin qui la traite joue sa vie à chaque visite ; je ne compte pas ça : c'est le métier qui le veut... Mais on a beau avoir de l'abnégation, on a le droit d'en avoir pour soi, on n'a pas le droit d'en avoir pour les autres. Je m'explique : J'ai une famille à l'existence de laquelle je pourvois par l'exercice de ma profession ; j'ai une femme, une petite fille que j'adore... Ai-je bien le droit d'aller au chevet des malades, m'exposer à des contagions que je rapporterai le soir en rentrant au milieu de ma famille ? N'est-il pas monstrueux de penser qu'en embrassant ma petite fille, couchée dans son berceau, je lui communiquerai, dans un baiser, le germe de quelque maladie mortelle ? Dites-moi, n'est-ce pas horrible ? Allez, on a tort, quelquefois, de tant se moquer des médecins ; je vous assure que souvent leur situation n'est guère risible. »

Le docteur Carrère ne paraissait pas avoir un caractère porté aux pensées tristes ; cependant, en prononçant ces derniers mots, il prit un air et un ton graves. Evidemment il était sous l'influence de quelque pressentiment funeste... Il nous apprit qu'il préparait activement le départ de sa femme et de sa famille pour la campagne ; les cas d'angine couenneuse se multipliaient à Paris, disait-il, d'une façon inquiétante.

Huit jours après, je recevais du docteur P... la lettre suivante que j'ai pieusement gardée :

Samedi, 21 avril.

Mon cher ami,

Le docteur Louis Carrère est mort ce matin à quatre heures. Vous vous rappelez que mercredi de la semaine passée, en revenant de l'Hôtel-Dieu, nous l'avons rencontré, et il est venu nous rejoindre au café Riche. Il nous faisait part en ce moment de ses vives préoccupations au sujet de deux enfants atteints d'*angine couenneuse*. Le lendemain, il devait faire partir pour la campagne sa femme et sa petite fille. Trois jours et trois nuits il est resté au chevet de ses petits malades, et dimanche il tombait foudroyé par la contagion.

Depuis un mois et demi à peine, à Paris seulement, c'est le cinquième médecin qui meurt dans ces conditions, victime de son dévouement : les docteurs Regnaud, Mérondon, Emile Dubois, Cintrat, Louis Carrère...

Très cordialement à vous, Dr P...

Je me suis ressouvenu de tout cela, en apprenant la mort du jeune docteur Catel. Et je me suis dit qu'il ne fallait pas laisser de tels héroïsmes descendre dans la tombe, sans les saluer au passage.

Quand ces martyrs de l'humanité et de la science succombent au chevet des malades, ne serait-il pas juste *que l'Etat honorât leur mémoire et prît sous sa protection la veuve et les orphelins de ces héros, morts obscurément sur des champs de bataille au moins aussi glorieux que ceux où le soldat meurt pour sa patrie* ?

Emile VILLEMOT. »

UNE DETTE NATIONALE.

« Il nous arrive souvent — trop souvent, hélas ! — d'avoir à signaler de grandes infortunes. Celle dont je dois parler aujourd'hui est particulièrement douloureuse ; elle appelle, non la charité, mais la réparation.

Beaucoup de Parisiens connaissent sur la rive gauche, près du Panthéon, une petite rue qui porte le nom de Romain Le Goff, mais bien peu se souviennent des faits auxquels cette dénomination se ratta-

che. Et ce dont personne ne se doute, peut-être, c'est que la mère de celui qui a donné son nom à ce rue se trouve aujourd'hui dans le dénuement le plus absolu.

L'histoire de ce modeste héros a fait grand bruit en 1875. Romain Le Goff était alors élève stagi au Val-de-Grâce. On signalait à cette époque les premiers essais de transfusion du sang, timidem tentés par les praticiens. Un jour, un soldat, arrivé à la dernière période de la consomption, fut app té dans le service de Le Goff. Rien ne pouvait le sauver qu'un miracle où cette nouvelle méthode p laquelle se passionnait déjà la jeune génération.

De son propre mouvement, Le Goff, garçon plein d'avenir et de santé, offrit de se prêter à cette d gereuse opération. Les médecins refusèrent d'abord, mais, devant l'insistance qu'ils rencontrère force leur fût de céder.

La transfusion fut accomplie. Le sang généreux du jeune homme alla couler dans les veines du ribond et le soldat guérit. Mais Le Goff, lui, ne guérit pas.

Anémié, épuisé par cet emprunt, il ne se remit jamais. Après une longue maladie, il se releva s force et, pendant six ans, il se traîna lamentablement, sentant bien, lui médecin, que sa fin était proch

De fait, il mourut de langueur, en 1881, victime de son dévouement à la science.

Son père, qui était employé supérieur aux Postes, est mort depuis, et sa mère, ancienne insp trice des écoles maternelles, est sans ressources, l'emploi qu'elle avait ayant été supprimé. Elle v charités. N'est-ce pas une honte ?

Des amis de Mme Le Goff ont tenté de lui faire obtenir une pension, à laquelle elle a droit, puis son fils est mort des suites d'une expérience faite dans un établissement de l'Etat. On les a renvo de présidence en présidence, de ministère en ministère, de commissions en commissions, avec meilleures recommandations, les plus chaleureuses promesses, mais sans le moindre résultat.

Pour arriver à bonne fin et pour acquitter « une dette nationale », il faudrait — paraît-il — que le m nistre de la guerre et celui des postes se missent d'accord.

Qu'ils le fassent donc en hâte, car le temps presse, et la dignité nationale l'exige.

Qu'ils le fassent vite, s'ils ne veulent pas que la bienfaisance publique, qui est inépuisable, leur flige cette humiliation de prendre les devants ! »

René MARTIN.

Nous pourrions raconter des traits encore plus touchants ; mais ces récits seraient superflus, vous savez que, chaque année, de courageux jeunes gens succombent à des affections contractées d les hôpitaux, dans les amphithéâtres ; que des médecins vont étudier sur place, au péril de leur vie choléra, la fièvre jaune, etc. ; que d'autres s'offrent à essayer, sur eux, les *vaccins* qui, théoriqueme doivent préserver le monde des plus terribles maladies.

Le *Comité de patronage* de la *Société de protection* vous sollicite ardemment de vous joindre à pour prêter aux familles des victimes du devoir médical, assistance morale et parfois assistance m térielle. Vous ne sauriez trouver une organisation plus digne de votre appui. Votre souscrip comptera au nombre de vos meilleures œuvres.

COMITÉ DE PATRONAGE :

Président : MM. THÉOPHILE ROUSSEL, Sénateur, 64, rue des Mathurins.

Vice-Présidents : FRANCK-CHAUVEAU, Sénateur, 47, rue de la Bruyère.
HENRI MONOD, Directeur de l'Assistance publique de France, au Minis de l'Intérieur.

Secrétaire : CÉZILLY, Directeur du Concours médical, Président de l'Association médecins de l'Oise, Vice-président de l'Union des Syndicats médicaux.

Trésorier : CHASTAING, Professeur agrégé à l'École de pharmacie, Pharmacien chef de l'Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède.

MM. BROUARDEL, Doyen de la Faculté de médecine.
COLIN (LÉON), Médecin-inspecteur général, Président du Comité technique de santé, M bre de l'Académie de médecine, 175, boulevard Saint-Germain.
DUJARDIN-BEAUMETZ, Membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôpital Coc 176, boulevard Saint-Germain.
CUVINOT, Sénateur, 21, rue de Téhéran.
FARCY, Député de la Seine, auteur du projet de loi sur les *Victimes du devoir*, 8, Léonce Raynaud.
GIBERT, du Havre, Membre correspondant de l'Académie, Fondateur des dispensaires.
GRANCHER, Professeur à la Faculté de médecine, 36, rue Beaujon.
HYADES, Médecin principal de la marine, Médecin en chef de l'escadre de l'Océan.
LABORDE, Membre de l'Académie de médecine, Directeur du journal *la Tribune médic* 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.
LEREBOULLET, Directeur du journal *La Gazette hebdomadaire de médecine et de chir gie*, 44, rue de Lille.
MAGNIER, Directeur de l'Administration des douanes, 20, rue de la Trémoille.
MAURAT, Membre du Conseil de direction du Concours médical.
NICOLAS, Conseiller d'Etat, Directeur du commerce intérieur au Ministère du commerc
NOCARD, Directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort.
STEEG (J.), Député de la Gironde, 5 bis, impasse du Maine.
TREILLE, Médecin principal de la marine, Membre du Conseil supérieur de santé au min tère de la Marine, 84, rue du Rocher.
TRÉLAT (ULYSSE), Professeur à la Faculté de médecine, 18, rue de l'Arcade.

Statuts de la Société de protection des victimes du Devoir Médical.

ARTICLE PREMIER.

La Société de protection des victimes du devoir médical fondée en 1888, a pour but de venir en aide moralement et parfois matériellement aux familles des médecins et de ceux qui, à la suite d'un acte exceptionnel de dévouement, accompli dans l'exercice de la médecine, sont morts ou sont devenus incapables de continuer à pratiquer leur profession.

Les élèves des hôpitaux (stagiaires, externes ou internes), sont assimilés aux médecins.

Elle a son siège à Paris, 23, rue de Dunkerque.

ART. 2.

L'Association se compose de membres *titulaires*, de membres *donateurs*, de membres *honoraires* et des membres *fondateurs* qui jouissent tous des mêmes droits et dont les noms sont publiés dans le bulletin de la Société.

Pour être membre titulaire, il faut :

1° Être présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration (1).

2° Payer une cotisation annuelle de 20 francs.

La cotisation peut être rachetée par le versement d'une somme de deux cents francs.

Les membres *donateurs* sont ceux qui auront versé à l'œuvre une somme de cinq cents francs au moins (2).

Les membres *honoraires* sont les personnes auxquelles le Comité de patronage aura conféré ce titre à raison d'un service signalé rendu à l'œuvre.

Les membres *fondateurs* sont ceux qui ont constitué le premier *Comité de patronage*.

ART. 3.

La direction morale de la Société appartient à un *Comité de patronage*.

Le Comité propage l'œuvre ; ses membres mettent leur influence à la disposition des personnes protégées par la Société ; ils ne sont tenus à aucune obligation.

Le Comité se compose de 25 membres. Ils sont élus pour cinq ans, en assemblée générale, renouvelables chaque année par cinquième. Ils sont rééligibles.

Le Comité élit un bureau composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire qui tient procès-verbal des séances et d'un trésorier.

Le président du Comité prend le titre de *Président de la Société*.

Le Comité se réunit sur la convocation de son président, ou sur la demande du *Conseil d'Administration*, ou sur celle de cinq de ses membres.

En cas de vacances, le Comité pourvoit au remplacement de ses membres, sauf ratification par la plus prochaine assemblée générale.

Le Comité nomme les membres honoraires.

Le Comité délibère sur les objets qui intéressent l'œuvre et il transmet le résultat de ses délibérations au *Conseil d'Administration*, qui les soumet à l'Assemblée générale.

Il assiste le bureau du *Conseil d'Administration* qui préside l'assemblée générale.

ART. 4.

La Société est administrée par un Conseil composé de cinq membres élus pour trois ans par l'Assemblée générale sur la présentation du *Comité de patronage*.

Le Conseil d'Administration choisit parmi ses membres un bureau composé d'un président, d'un secrétaire et d'un trésorier.

Le bureau est élu pour trois ans.

Le conseil se réunit tous les 3 mois et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du *Comité de patronage*.

En cas de vacances, le Conseil pourvoit au remplacement des ses membres sauf ratification par la plus prochaine assemblée générale.

Le renouvellement du Conseil a lieu tous les trois ans.

Les membres sortants sont rééligibles. La présence de trois membres du Conseil d'Administration est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances. Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire.

ART. 5.

Les délibérations relatives aux aliénations, constitutions d'hypothèques, baux à longs termes et emprunts ne sont valables qu'après l'approbation de l'Assemblée générale.

ART. 6.

Le trésorier représente l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile.

(1) *Cette présentation n'est pas indispensable pour les personnes auxquelles le Comité de patronage juge à propos d'adresser les statuts et la circulaire ci-jointe.*

(2) *Tout Membre titulaire qui ayant versé primitivement la somme de 200 fr. fera des versements ultérieurs deviendra membre donateur quand l'ensemble de ses souscriptions aura atteint la somme de 500 francs.*

ART. 7.

Toutes les fonctions de l'Association sont gratuites.

ART. 8.

Les ressources de l'Association se composent :

1° Des cotisations et souscriptions de ses membres.
2° Des dons et legs ;
3° Des subventions qui pourraient lui être accordées ;
4° Du produit des ressources créées à titre exceptionnel (1) ;
5° Enfin du revenu de ses biens et valeurs de toute nature.

ART. 9.

Les fonds disponibles seront placés en rentes nominatives 3 % sur l'Etat ou en obligations nominatives de chemins de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'Etat.

ART. 10.

Le fonds de réserve comprend :

1° Le dixième de l'excédent des ressources annuelles ;
2° Les sommes versées pour le rachat des cotisations.

Ce fonds est inaliénable ; ses revenus peuvent être appliqués aux dépenses courantes.

ART. 11.

Lorsqu'un acte exceptionnel de dévouement médical, dont l'appréciation appartient au Conseil d'Administration, sauf recours à l'Assemblée générale, aura entraîné la mort ou l'incapacité professionnelle, il devra être établi soit par la famille du médecin, soit par les délégués de la Société, un procès-verbal d'enquête relatant les faits et les déclarations des principaux témoins. Ce procès-verbal sera, autant que possible, accompagné d'un avis motivé du Maire, ou du Commissaire de Police ou de la Gendarmerie. Les signatures devront être légalisées. L'association demandera, s'il y a lieu, l'avis de la Faculté ou de l'École de médecine dans la circonscription de laquelle les faits se seront produits.

ART. 12.

La Société publie des bulletins destinés à faire comprendre son but et ses moyens d'action. Elle institue des conférences publiques. Elle crée des Comités départementaux. Elle délivre non seulement des pensions, des récompenses, des secours ; mais, de plus, elle use de toute l'influence de ses membres au profit de ses protégés.

ART. 13.

L'Assemblée générale des membres de l'Association se réunit au moins une fois par an.
Son ordre du jour est préparé par le Conseil d'Administration.
Aucune question étrangère à cet ordre du jour ne pourra être introduite que sur la proposition signée au préalable par cinq membres au moins de l'Association.
L'Assemblée générale est présidée par le Bureau du *Conseil d'Administration*, assisté par celui du *Comité de patronage.*
Elle entend et discute les rapports sur la gestion du Conseil d'administration, sur la situation financière et morale de l'Association.
Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant et pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'administration et du Comité de patronage.
Le rapport annuel et les comptes détaillés sont adressés, chaque année, à tous les membres et au Ministre de l'Intérieur.

ART. 14.

La qualité de membre de l'Association se perd :
1° Par la démission.
2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'Assemblée générale, à la majorité des deux tiers des membres présents, sur le rapport du Conseil d'Administration et après que le membre intéressé, dûment prévenu, aura été appelé à fournir des explications.

ART. 15.

Les statuts ne pourront être modifiés que sur la proposition de 25 membres, soumise au bureau au moins un mois avant la séance.
L'Assemblée extraordinaire spécialement convoquée à cet effet ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.
L'Assemblée doit se composer du quart au moins des membres de l'Association.
La délibération de l'assemblée est soumise à l'approbation du Gouvernement.

ART. 16.

L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de l'Association et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre au moins la moitié plus un des membres de l'Association. Les

(1) Quêtes, conférences, loteries, concerts, bals et spectacles.

résolutions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents et soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 17.

En cas de dissolution, l'actif de l'Association est attribué par délibération de l'Assemblée générale à un ou plusieurs établissements analogues et reconnus d'utilité publique.

Cette délibération est soumise à l'approbation du gouvernement.

ART. 18.

Il sera procédé de même en cas de retrait de l'autorisation donnée par le Gouvernement. Dans le cas où l'Assemblée générale se refuserait à délibérer sur l'attribution des fonds de la Société, il sera statué par un décret rendu en forme de règlement d'Administration publique.

DISPOSITION TRANSITOIRE.

Le premier Comité de patronage est constitué comme suit : (Voir page 196 les titres et qualités de ces membres.

Président : M. THÉOPHILE ROUSSEL. — *Vice-Présidents :* MM. FRANCK-CHAUVEAU ; HENRI MONOD. — *Secrétaire :* M. CEZILLY. — *Trésorier :* M. CHASTAING. — *Membres :* MM. BROUARDEL ; COLIN (LÉON) ; DUJARDIN-BEAUMETZ ; CUVINOT ; FARCY ; GIBERT ; GRANCHER ; HYADES ; LABORDE ; LEREBOULLET ; MAGNIER ; MAURAT ; NICOLAS ; NOCARD ; STEEG (J.) ; TREILLE ; TRELAT (Ulysse).

Le comité est renouvelable tous les trois ans par cinquième.

Les séries sortantes sont déterminées par le sort.

Bulletin d'adhésion à la Société de protection des victimes du Devoir Médical.

Je soussigné ______________________ *demeurant à* ______________________

déclare adhérer aux Statuts de la Société de Protection à titre de

Membre TITULAIRE *

et je verserai à l'œuvre la somme annuelle de 20 francs, ou la somme, une fois donnée, de 200 francs.

Membre DONATEUR * *

et je verserai à l'œuvre la somme de

EXTRAIT DES STATUTS : ARTICLE 2.

* *Pour être Membre* TITULAIRE, *il faut payer une cotisation annuelle de 20 francs, ou racheter cette cotisation, en versant une somme de 200 francs.*

** *Pour être Membre* DONATEUR, *il faut verser à l'œuvre une somme de cinq cents francs au moins.*

RECOUVREMENT DES SOUSCRIPTIONS : *Les souscriptions doivent être adressées à M. Chastaing, pharmacien en chef de l'hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède, trésorier. — Si elles n'accompagnent pas l'envoi du Bulletin d'adhésion, les sommes seront recouvrées dans l'année, par le Crédit Foncier de France, pour le compte de la Société.*

Le Comité invite les membres du Concours à faire la propagande de l'œuvre auprès des personnes riches et bienfaisantes de leur clientèle. On leur adressera, sur demande, les imprimés.

LA SEMAINE MÉDICALE

Encore les poêles mobiles.

L'Académie de Médecine a vu se terminer la discussion sur les poêles mobiles par le vote des conclusions de la commission. Dans cette dernière séance ont pris la parole MM. *Dujardin-Beaumetz, Brouardel* et *Lancereaux*. Le premier a rappelé que, si les poêles à combustion lente sont dangereux, c'est moins parce qu'ils produisent de l'oxyde de carbone en excès que parce qu'ils le laissent échapper par des fissures et parce que, loin de servir à l'aération d'une pièce, ce sont des antiventilateurs. Le second a insisté sur le refoulement des produits de la combustion sous l'influence de légères modifications dans l'état de l'atmosphère. M. *Verneuil* a fait connaître une observation de double asphyxie par un poêle mobile ; observation intéressante parce que les malades éprouvèrent, outre des troubles intellectuels assez prolongés, des eschares aux pieds, aux avant-bras, à la pointe de la langue.

M. Lancereaux a résumé la discussion, cité un très grand nombre de faits démonstratifs des dangers que font courir les poêles mobiles, non seulement à ceux qui les emploient, mais à tous les habitants d'une maison ; il a établi la légitimité des mesures que prendrait l'administration.

Enfin, voici les conclusions qu'il propose à ses collègues d'adopter.

Il y a lieu de proscrire formellement l'emploi des appareils et poêles économiques à faible tirage dans les chambres à coucher et dans les pièces adjacentes ; il faut éviter de faire usage des poêles mobiles. (Adopté.)

Dans tous les cas, le tirage d'un poêle à combustion lente doit être convenablement garanti par des tuyaux ou cheminées d'une section et d'une hauteur suffisantes, complètement étanches, ne présentant aucune fissure ou communication avec les appartements contigus et débouchant au-dessus des fenêtres voisines. Il est utile que ces cheminées ou tuyaux soient munis d'appareils sensibles indiquant que le tirage s'effectue dans le sens normal. (Adopté.)

« Il est nécessaire de se tenir en garde, principa-

lement dans le cas où le poêle en question est en *petite marche*, contre les perturbations atmosphériques qui pourraient venir paralyser le tirage et même déterminer un refoulement des gaz à l'intérieur de la pièce.

Tout poêle à combustion lente, qui présente des bouches de chaleur, devra être rejeté ; car celles-ci, supprimant l'utilité de la chambre de sûreté, constituée par le cylindre creux intérieur compris entre les deux enveloppes de tôle ou de fonte, permettent au gaz oxyde de carbone de s'échapper dans l'appartement. (Adopté.)

Les orifices de chargement d'un poêle à combustion lente doivent être clos d'une façon hermétique, et il est nécessaire de ventiler largement le local chaque fois qu'il vient d'être procédé à un chargement de combustible. (Adopté.)

L'emploi de cet appareil de chauffage est dangereux dans les pièces où des personnes se tiennent d'une façon permanente, et dont la ventilation n'est pas largement assurée par des orifices constamment et directement ouverts à l'air libre ; il doit être proscrit dans les crèches, les écoles, les lycées, etc.

L'Académie croit de son devoir de signaler à l'attention des pouvoirs publics les dangers des poêles à combustion lente et des poêles mobiles en particulier, tant pour ceux qui en font usage que pour leurs voisins ; elle émet le vœu que l'administration supérieure veuille bien faire étudier les règles à prescrire pour y remédier. (Adopté.)

Traitement de la constipation.

M. *Boisseau du Rocher* lit un travail sur le traitement électrolytique de la constipation.

Les moyens suivants doivent être combinés ; administration du citrate effervescent à petites doses ; galvanisation de l'intestin pendant la digestion intestinale ; électrisation générale statique. La guérison peut être obtenue en une dizaine de séances.

Aïnhum congénital.

Nouvel exemple présenté par M. *Legroux* et confirmatif de celui de M. Proust. Les lésions siègent à la cuisse droite et au 4e orteil gauche (sillon d'étranglement) ; à la main droite (amputation de l'index et du médius), dont il ne reste plus que les 1res phalanges en syndactylie. Au pied gauche, amputation des phalangines du 1er et du 2e orteil, ce dernier croisant le gros orteil et le recouvrant en partie. La syndactylie est incomplète à la base où existe un canal capable de recevoir un mince stylet.

Il s'agit là d'un cas d'aïnhum exclusivement congénital, arrêté dans son développement, non symétrique, frappant indifféremment les doigts d'un côté, les orteils de l'autre, sans lésions motrices ou sensorielles, sans aucune gêne circulatoire, et qui semble n'être que l'expression d'une maladie du derme ayant évolué pendant la vie intra-utérine.

Or, cet enfant est le sixième né d'une femme qui a eu 10 enfants, tous bien conformés, 4 sont morts (méningite tuberculeuse, broncho-pneumonie tuberculeuse et consécutive à la rougeole, athrepsie), etc. Ni le père, ni la mère, ni les grands parents n'ont de tare pathologique. Enfin, la grossesse a été normale et régulière.

Ce nouveau cas démontre, comme celui qui a été présenté par M. Proust, la similitude de certaines déformations et amputations congénitales s'étant accomplies pendant la vie intra-utérine par une sorte de sclérodermie annulaire ou sclérodermie circulaire de M. Verneuil, et des lésions attribuées par différents auteurs à l'aïnhum des nègres.

Ce serait ici un cas d'aïnhum intra-utérin. Reste à établir si la lésion et son évolution sont les mêmes, et quel trouble trophique, nerveux, central ou périphérique préside à son apparition.

Inhalation d'air bromé dans la phthisie. Atmospirateur.

M. le Dr *Robillard* et M. *Cadoret*, ingénieur, ont présenté à l'Académie, au mois de décembre dernier, un mémoire sur l'action chimique et thérapeutique du brome et de l'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie.

Depuis lors ces observateurs ont inventé un appareil appelé *atmospirateur* et destiné à permettre des inhalations d'air bromé, c'est-à-dire d'air chargé de vapeurs de brome, dans des proportions constantes et rigoureusement définies. Un dispositif particulier permet d'échauffer cet air bromé. Pendant que le malade aspire par la bouche l'air chargé mélangé au brome tel qu'il sort de l'atmospirateur, il respire par les fosses nasales l'air libre qui vient se mélanger au premier dans les vésicules pulmonaires.

MÉDECINE PRATIQUE

La diphthérie d'après les plus récents travaux

(*Nature, modes de contagion, traitement local*)

I

J'ai déjà bien souvent parlé de la diphthérie, j'y reviens encore aujourd'hui, c'est un sujet qui ne cessera pas d'intéresser les praticiens.

Les travaux si remarquables faits à l'Institut Pasteur, par M. Roux et son préparateur, M. Yersin, et dont le *Concours médical* a reproduit il y a quelques semaines les points principaux, ont suscité de nouvelles controverses sur la nature et le meilleur mode de traitement. Plusieurs des plus éminents médecins d'enfants ont repris la parole ou la plume, soit pour affirmer de nouveau des professions de foi antérieures, soit pour modifier un peu des opinions exprimées autrefois et ébranlées par la lecture des résultats expérimentaux de Roux et Yersin.

Mon maître, M. Jules Simon, dans plusieurs de ses leçons du mercredi faites à l'hôpital des Enfants, a montré combien les recherches des bactériologistes, élèves de M. Pasteur confirmaient les vues qu'il avait professées depuis longtemps sur l'utilité du traitement local, de l'ablation rapide et réitérée des fausses membranes, de la fréquence des irrigations, etc.

M. Cadet de Gassicourt, moins explicite jusqu'à ce jour sur la nature primitivement locale de l'infection diphthérique, paraît rallié définitivement à cette manière d'envisager les choses.

Pour moi, s'il m'est permis de parler de mon humble opinion à côté de celle de mes anciens maîtres, je rappellerai que j'ai toujours exprimé dans ce journal une conviction absolue sur la nécessité de s'appliquer avec énergie à traiter localement les premières manifestations accessibles de

la diphthérie avec tous les procédés de l'antisepsie. J'ai toujours considéré que la fausse membrane est, non pas la manifestation secondaire d'une infection d'emblée générale, mais le point de départ de l'infection ou pour parler plus exactement, de l'intoxication secondaire.

Le mécanisme pathogénique de la maladie diphthérique est certainement le suivant : sur une muqueuse buccale, pharyngienne ou laryngo-bronchique privée en quelques points de son épithélium par une inflammation catarrhale aiguë, quelquefois si peu marquée qu'elle passe inaperçue, mais toujours suffisante pour amener un certain degré de desquamation, des germes diphthériques sont apportés par un de ces modes de transport si nombreux qu'il nous est bien difficile de les découvrir en général, mais que parfois cependant nous saisissons avec la plus claire évidence.

Je crois, pour ma part, avec mon maître M. le professeur Grancher, que la contagion s'opère, sinon exclusivement, du moins beaucoup plus souvent par l'intermédiaire des personnes et des objets que par l'air.

Tantôt c'est l'enfant qui, promené dans une voiture publique, touchant avec ses petits doigts curieux et fureteurs les parois, coussins ou rideaux de celle-ci, et ramenant ensuite ces doigts à sa bouche, s'infecte avec les germes déposés par un autre enfant malade. Quand on songe au grand nombre d'enfants atteints du croup ou d'angines qui sont transportés annuellement en fiacre dans les hôpitaux d'enfants à Paris,—les fiacres n'étant jamais désinfectés ensuite, — on ne peut pas être étonné que ce mode de contagion soit fréquent. Il l'est surtout, croyons-nous, dans la classe moyenne où les enfants sortent beaucoup en fiacre. On sait d'ailleurs qu'à la suite d'enquêtes minutieuses sa réalité a été démontrée plusieurs fois.

Tantôt c'est, dans la classe pauvre, la promiscuité des jouets entre enfants de maisons voisines, de la même rue, de la même salle d'asile ou d'école. C'est toujours cette universelle et incorrigible habitude qu'ont les enfants de porter tout à leur bouche, qui me paraît jouer un rôle considérable dans la transmission des angines, comme des stomatites.

Je pense d'ailleurs qu'il y a bien des amygdalites ou pharyngites de courte durée, si peu intenses que ni les parents ni un médecin ne regardent la gorge, qui évoluent sans traitement, mais n'en sont pas moins des diphthéries ; nul ne songe à se défier des enfants qui en sont porteurs, mais, si atténuées qu'elles soient, elles sont contagieuses, et ce germe atténué, transporté dans un autre milieu, s'y manifeste par une grande virulence. Ou bien le microbe n'est peut-être pas atténué, mais l'organisme sur lequel il s'est greffé, est doué d'une résistance énergique. Le phagocytisme des cellules vivantes de l'épithélium buccal ou des follicules lymphatiques de l'appareil amygdalien, fonctionnant avec une grande activité, a raison en peu d'heures ou en peu de jours des microbes envahisseurs ; mais pendant ce peu de temps, le sujet, dans la gorge duquel s'accomplissait cette lutte n'en a pas moins été contagionnant.

C'est parfois une personne non contagionnée elle-même qui transporte la contagion sur ses mains, ses vêtements, sa barbe; ne laissez jamais embrasser vos enfants par des personnes qui viennent de maisons où il y a des sujets atteints de mal de gorge, même bénin. Récemment les enfants de deux de mes amis ont été probablement contagionnés de la sorte. Un de mes collègues d'internat m'a raconté le fait suivant : il avait soigné dans son service à la Pitié un homme atteint d'angine diphthéritique ; mon collègue allait chaque soir dîner dans sa famille à Passy et en arrivant embrassait sa mère et sa sœur ; deux jours après, sa sœur, qui n'avait été en contact avec aucune personne atteinte d'angine, avait une diphthérie très caractérisée, alors qu'aucun autre cas de diphthérie n'existait dans le quartier qu'elle habitait. Mon collègue portait autour du visage une large barbe blonde en éventail qui l'avait fait surnommer « le sapeur » par la salle de garde et il a toujours pensé que sa barbe avait été la cause du mal.

Rappellerai-je l'emploi si fréquent et si peu réfléchi du premier pinceau venu pour badigeonner de jus de citron ou d'alun une amygdalite simple? Ce pinceau a souvent servi à badigeonner d'autres amygdalites parmi lesquelles a pu se glisser une diphthérie; on le conserve précieusement dans un tiroir !... M. Worms a cité un cas de transmission de ce genre dont M. Grancher a parlé dans ses cliniques.

Parlerai-je de la persistance des germes diphthériques dans un appartement où quelque locataire antérieur a eu la diphthérie ? Gardez-vous, si vous avez des petits enfants, d'emménager dans un appartement dont les papiers n'ont pas été changés et les boiseries repeintes.

Et à la campagne, les jeux des enfants dans les poulaillers, sur les fumiers des fermes où picorent des volailles parmi lesquelles la diphthérie est si fréquente ?

En résumé, il suffit de réfléchir quelques instants pour concevoir l'extrême fréquence de circonstances capables de favoriser la transmission directe du germe de la diphthérie par les personnes ou les objets, sans invoquer le transport de ces germes par les courants d'air. Ce n'est pas à dire bien entendu que ce dernier mode de contagion n'existe pas.

Peut-être enfin n'est-il pas nécessaire d'invoquer toujours la contagion: « M. Lœffler, disent Roux et Yersin, a observé le bacille de la diphthérie dans la bouche d'un enfant qui n'avait pas cette maladie. Peut-être ce bacille est-il très répandu ? Peut-être est-il l'hôte fréquent et inoffensif de la bouche et du pharynx ? Dépourvu de virulence et impuissant devant une muqueuse saine, il se développera si la muqueuse s'enflamme ou se dépouille de son revêtement d'épithélium. Sur ce milieu favorable il reprendra sa virulence et élaborera son poison qui va pénétrer l'organisme ; lui-même sera prêt pour de nouvelles contagions. Ce sont là des hypothèses, mais elles ne sont pas en contradiction avec les expériences faites et elles en suggèrent de nouvelles. »

Cette digression terminée sur les modes d'introducrion des microbes de la diphthérie dans les voies respiratoires supérieures, je continue l'exposé du mode d'évolution des accidents.

En général c'est sur les amygdales et l'isthme que l'inoculation s'accomplit parce que la salive à chaque déglutition vient au contact des tonsilles et de la luette, surtout chez les sujets qui ont les amygdales hypertrophiées. Les amygdales avec leurs anfractuosités sont merveilleusement disposées pour arrêter les microbes au passage et les retenir. Elles sont si souvent le siège d'une

inflammation chronique avec poussées aiguës qu'à leur niveau les microbes trouvent des points d'implantation facile. D'autres fois l'inoculation s'opère au niveau des parois du pharynx, tapissé de villosités, de franges velvétiques par l'hypertrophie végétante de son tissu adénoïde.

Plus rarement les microbes franchissent les premières voies, s'engagent dans le larynx et les bronches, décapées de leur vernis épithélial par un catarrhe aigu banal ou rubéolique, et le résultat sera un croup d'emblée ou une diphthérie primitivement trachéo-bronchique.

On écrit partout que le croup d'emblée est exceptionnel ; d'accord, mais cependant nous l'avons tous vu. Il n'y a pas longtemps que le fils d'un de nos plus aimés collègues y succombait. Dans une famille où la laryngite striduleuse est fréquente, un accès de spasme glottique se montre un soir chez un enfant, on ne s'émeut pas. Mais le lendemain la toux et la voix restent rauques toute la journée ; il est déjà légitime de s'émouvoir ; la raucité, le spasme augmentent le soir, ils ont beau diminuer le surlendemain, si ces symptômes persistent, le diagnostic de stridulisme doit être tenu pour très suspect. Dans un cas analogue, appelé le 4e jour, je constate sur une amygdale une petite plaque pseudo-membraneuse qui n'aurait pu certainement échapper aux confrères distingués, par lesquels l'enfant avait été vu avant moi, si elle avait déjà existé. Le lendemain matin le croup confirmé nécessitait la trachéotomie.

Bref les microbes de Klebs et Lœffler ont proliféré au point où ils se sont greffés, la fausse membrane pelliculaire se développe en ce point. Est-elle le résultat de la vie propre des microbes ? N'est-elle pas plutôt la conséquence d'un mode de réaction particulier de la muqueuse. C'est la dégénérescence fibrineuse des cellules épithéliales infiltrées d'une substance albuminoïde, ramifiées et soudées les unes aux autres (E. Wagner), ou la production d'un exsudat cellulo-fibrineux subissant rapidement la nécrose de coagulation qui forme cette membrane blanchâtre, opaque, dense, adhérente de plus en plus intimement à la muqueuse.

Mais les microbes ont beau pulluler sur la muqueuse, ils ne pénètrent pas bien profondément dans l'organisme. « Le sang et les organes ne renferment que très accidentellement le bacille de la diphthérie, il n'y pullule pas. » (Roux et Yersin.) Mais le poison chimique soluble qu'ils sécrètent, ce poison qui a été mis en évidence par nos compatriotes dans les cultures du bacille de Klebs, résorbé au niveau du point où les microbes sont fabriqués, va déterminer les accidents d'intoxication que nous a fait connaître depuis longtemps la clinique humaine et que l'expérimentation permet maintenant de produire chez les animaux.

II.

Ce mode pathogénique étant connu, à savoir que l'évolution de la diphthérie comprend : 1° une infection microbienne locale ; 2° une intoxication chimique générale, par suite de la diffusion d'un poison fabriqué par les microbes au niveau des fausses membranes, — il est bien évident que la thérapeutique pathogénique, la seule logique, est de détruire localement le foyer microbien, c'est-à-dire de poursuivre la fausse membrane dans tous les points où elle est accessible. Nous ne le pouvons malheureusement que là où les moyens mécaniques peuvent être combinés avec les topiques chimiques. Dans un larynx d'enfant il n'est pas possible d'aller fourrager ; on n'a pas encore osé pratiquer la trachéotomie préliminaire pour faire l'antisepsie locale de bas en haut ; peut-être y viendra-t-on...

On essaye de faire arriver les antiseptiques en vapeur, et c'est le but qu'a poursuivi M. Delthil avec les fumigations de térébenthine et de goudron de houille ; le but que pense avoir atteint M. Renou avec les vaporisations d'acide phénique. Il n'y a certes pas lieu de négliger ces dernières. Mais je ne puis me résoudre à mettre ma confiance en elles seules, en respectant, comme le veut M. Renou, les fausses membranes accessibles. Je suis un tenant résolu de la méthode d'intervention antiseptique locale manuelle, je suis avec Ernest Gaucher sans réserve.

J'ai primitivement employé les attouchements avec le bichlorure de mercure, les pulvérisations et les irrigations d'eau boriquée saturée chaude aussi fréquentes que possible. J'ai reconnu depuis que les solutions de sels mercuriels étaient trop irritantes et qu'elles avaient l'inconvénient de diffuser, en portant leur action caustique au delà des points qu'on a touchés. La supériorité me paraît évidente pour ces mélanges de phénols avec le camphre ou l'huile qui ne mouillent pas les tissus et n'agissent qu'aux points où on les met. Je rappelle que E. Gaucher, utilisant l'emploi du camphre phéniqué qui avait été proposé par Soulez (de Romorantin), a créé une méthode qui mérite de porter son nom ; cette méthode est l'ablation des fausses membranes par frictions énergiques et réitérées, avec un écouvillon imbibé du mélange antiseptique.

J'ai essayé l'année dernière, à l'hôpital des Enfants, de prendre comme topique le naphtol-camphré, qui me paraissait avoir l'avantage d'être moins douloureux. Mais, bien que j'aie eu à m'en louer assez souvent, l'expérience m'a prouvé que le phénol camphré est en général préférable. L'expérimentation a d'ailleurs prouvé à Yersin que l'acide phénique est l'antiseptique qui gêne le plus le développement du microbe de Klebs.

Peut-être l'acide phénique est-il plus douloureux que le naphtol ; encore n'est-ce pas certain. Ce qui est douloureux, c'est le frottement, c'est la mise à nu des extrémités nerveuses du derme muqueux beaucoup plutôt que le topique qu'on y dépose. En ontre l'acide phénique est anesthésique, si bien que quand on fait trois frictions successives en peu de temps au même point, la seconde et la troisième sont beaucoup moins douloureuses que la première.

Gaucher a modifié récemment la formule de son topique, afin que les chiffres fussent plus faciles à retenir ; la voici telle qu'il l'emploie maintenant.

Acide tartrique..............	1 gramme.
Acide phénique pur........	5 —
Alcool à 36°................	10 —
Camphre.....................	15 —
Huile d'amandes douces....	20 —

Pour obtenir une solution limpide, faire dissoudre en chauffant *avec précaution* au bain-marie l'acide phénique et le camphre dans l'alcool ; ajoutez l'acide tartrique et l'huile.

L'écouvillon peut être un peu de ouate enroulée autour de l'extrémité d'un petit bâton ; mieux

vaut un pinceau-brosse en blaireau, un peu dur, ou en soies de porc, manche en bois blanc, armature en fer blanc, tel qu'on en trouve chez tous les marchands de couleur (grosseur n° 12).

L'enfant, étant littéralement empaqueté dans un drap qui lui tient les bras serrés le long du corps, est placé entre les jambes d'une personne qui lui maintient solidement la tête immobile sur sa poitrine. Cette personne doit être robuste et inaccessible à l'émotion.

Les ouvre-bouche les plus perfectionnés et les baillons m'ont toujours paru gênants et même nuisibles ; l'enfant se blesse à leur contact et les blessures sont recouvertes bientôt de fausses membranes. Une cuiller d'argent solide est le plus commode abaisse-langue.

Il suffit de pincer le nez de l'enfant en lui levant un peu la tête pour qu'il crie en entr'ouvrant la bouche ; vous glissez le manche de la cuiller sur la langue et entre les arcades dentaires et l'y maintenez solidement, puis vous abstergez soigneusement la gorge avec des tampons d'ouate tenus au bout de pinces afin de bien vous rendre compte de la topographie des fausses membranes.

Alors vous commencez la friction avec l'écouvillon imbibé de la solution caustique et antiseptique, mais égoutté avec soin. Vous frottez plus ou moins, mais toujours vigoureusement les points malades, et les fausses membranes restent adhérentes à votre écouvillon sous forme de débris plus ou moins ténus, de lambeaux plus ou moins longs.

Lavez l'écouvillon dans l'eau phéniquée, imbibez-le de nouveau de camphre phéniqué, et recommencez jusqu'à ce que toutes les fausses membranes aient été enlevées ou détruites, puis touchez une dernière fois les surfaces dénudées avec la solution antiseptique.

Recommencez matin et soir.

Dans l'intervalle, faites aussi souvent que possible des pulvérisations d'eau boriquée saturée chaude, si l'enfant s'y prête — en tout cas toutes les deux heures des irrigations soit avec l'eau boriquée saturée ou naphtolée, si l'enfant est jeune, soit avec l'eau phéniquée au centième s'il est assez âgé pour qu'on n'ait plus à redouter l'intoxication phénique. Pour faire les irrigations chez les enfants très jeunes, la meilleure position à leur donner est de les tenir sur le ventre, le visage au-dessus d'une cuvette pour qu'ils n'avalent pas trop de liquide et n'aient pas d'accès de suffocation.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Bilan au 1er avril 1889.

Caisse	31.085 60	31.453 09
Caisse auxiliaire	»	2.723 03
Caisse des pensions	323 03	»
Cotisations	»	184.962 95
Frais généraux	5.652 63	20 49
Obligations du Midi	9.091 90	210 95
Rente 3 % amortissable	108.889 35	750 »
Obligat. foncières 1883	15.850 »	363 75
Obligat. communal. 1886	21.795 25	»
Obligations d'Orléans	18.484 40	363 75
Obligat. foncières 1879	9.675 85	
	220.848 01	220.848 01

Situation au 1er avril 1889.

RECETTES.

Cotisations	187.459 85	
Dons à la Caisse des pensions	2.300 »	
Dons à la Caisse auxiliaire	650 »	
Profits et pertes	423 14	
Intérêts et valeurs	16.986 40	
		207.819 39

EMPLOIS.

Portefeuille :			
29 obl. Midi	11.306 55		
4,050 fr. de rentes 3 % amortiss.	115.125 60		
50 obl. foncières 1883	18.395 »		
50 obl. commun. 1886	24.705 25		
50 obligat. Orléans	19.735 70		
20 obl. foncières 1879	9.816 60		
		199.084 70	
Frais généraux		6.055 28	
Remboursement à Mme veuve B.		2.496 90	
Reste en caisse au 1er avril 1889		182 51	
			207.819 39

Le Trésorier, Dr H. Verdalle.

En conformité d'une décision prise par le Comité directeur sur la demande de plusieurs membres de la Caisse des pensions, il a été donné cette année, à chaque participant, un titre nominatif, numéroté, et portant les mentions suivantes :

Caisse des pensions de retraite du corps médical Français.

Fondée en octobre 1884, autorisée le 22 décembre 1884.

M......................né le..............
demeurant à.................................
a versé sa 1re cotisation le.....................

Le président, Dujardin-Beaumetz.

Le secrétaire général, Lande. *Le Trésorier,* Verdalle.

CORRESPONDANCE

Congrès médical professionnel de 1889.

Monsieur le directeur,

Permettez-moi de vous soumettre une idée ; ne pensez-vous pas qu'il serait utile de faire et de publier dans le *Concours* une étude succincte du Congrès médical de 1845 ?

Il me paraîtrait fort intéressant de connaître, à la veille du congrès de 1889, le mode d'organisation du précédent congrès, le nombre de médecins qui y ont pris part en leur nom personnel ou comme délégués, les questions qui y ont été débattues, le nom des principaux orateurs, les résolutions adoptées et, après cet historique, d'étudier les causes qui les ont empêchées d'avoir leur plein effet.

J'ai lu avec plaisir, dans la circulaire au bas de laquelle vous m'avez fait l'honneur d'inscrire mon nom, cette affirmation rassurante :

« Grâce aux concours qui nous sont assurés, des voix non moins autorisées et non moins éloquentes que celles qui se sont élevées au congrès de 1845, feront entendre nos réclamations professionnelles. »

Ceci m'amène à vous exprimer tout bas un grief que je n'oserai formuler tout haut contre les gros bonnets de la profession. Je trouve qu'ils n'ont pas pris une part suffisante dans le mouvement des syndicats ; ils m'ont paru s'en désintéresser un peu trop. Il en est résulté, je le crains, une certaine défaveur pour nos revendications qui ont été dénommées, *un peu dédaigneusement*, les revendications du *Tiers-Etat médical.*

Il me semble que le congrès général des médecins de France, gagnerait à être défendu par les hommes les plus éminents de la profession qui lui apporteraient tout à la fois l'éclat de leur nom et le crédit dont ils sont entourés. Je me réjouis que leur concours lui soit acquis d'ores et déjà.

L'Association générale s'est récusée, dites-vous ; faut-il s'en affliger outre mesure ? Je ne le pense pas. Si haut placée qu'elle soit par ses dignitaires, par le grand nombre de ses adhérents, par sa fortune, elle n'est en somme qu'une société de secours mutuels et j'incline à penser avec son illustre président qu'elle sortirait de son rôle en prenant l'initiative d'un congrès.

J'applaudirais même très volontiers à sa décision, si M. Roger consentait à prendre part au Congrès et à mettre à son service l'autorité de son nom et l'éloquence persuasive de sa parole.

Veuillez agréer,

Dr MAZEL.
à Anduze (Gard).

Pourquoi, cher confrère, supposer que le président de l'Association générale ne viendra pas assister aux séances d'un congrès professionnel ?

Nous ferons l'étude du congrès de 1845.

A. C.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Les pharmaciens ont-ils le droit de produire une ordonnance de médecin en justice, sans violer le secret professionnel ?

A M. le président du syndicat des pharmaciens des Vosges.

Epinal, 6 juin 1887.

Mon cher Président,

Vous m'avez prié d'examiner la question de savoir si dans les débats qui ont eu lieu à Remiremont entre le docteur Gaillemin et le pharmacien Simon, celui-ci a pu produire des ordonnances de celui-là sans s'exposer à des dommages-intérêts, ou même à une poursuite du ministère public.

Avant de traiter cette question au point de vue de l'espèce particulière qui y donne lieu, je veux pour répondre à ce que je sais être votre désir, la traiter d'abord au point de vue général.

L'ordonnance du médecin est certainement la propriété du client auquel il la délivre et qui en paye le prix. Ce client peut exiger que le pharmacien la lui restitue après l'avoir exécutée.

S'il la lui laisse, si le pharmacien, à l'occasion d'un débat quelconque, en produit en justice l'original, ou la copie qu'il en aura prise, sans avoir été autorisé à faire cette production, elle constitue assurément une indiscrétion. Mais peut-elle donner lieu à l'exercice de l'action publique ou de l'action civile ?

Cela dépend des circonstances.

Si la publicité donnée à l'ordonnance révèle un véritable secret, dont le pharmacien n'a eu connaissance qu'à titre confidentiel, et dont la divulgation, dictée par l'intention de nuire, est susceptible de porter préjudice à son client, il est certain que le pharmacien a commis le délit prévu par l'article 378 du Code pénal. Le Ministère public peut le poursuivre pour faire prononcer une peine et le client lésé, pour obtenir une réparation civile.

Quant au médecin, il n'a ni motif, ni droit d'exercer une action quelconque.

Si la production de l'ordonnance n'a pas eu lieu dans des conditions qui permettent de la faire tomber sous l'atteinte de l'article 388 du Code pénal, elle n'ouvre une action qu'autant qu'elle constitue un fait dommageable, ou, pour parler plus exactement, une faute portant préjudice à autrui. Cette action appartient à la partie qui souffre ce préjudice, c'est-à-dire au client dans certains cas, au médecin dans d'autres, suivant l'usage que le pharmacien a fait de l'ordonnance, suivant les mobiles qui lui en ont inspiré la divulgation.

Voilà ce qu'il est possible de dire en thèse générale.

En ce qui concerne spécialement le pharmacien Simon, l'étude attentive des deux dossiers que vous m'avez remis ne m'a fait découvrir aucune trace d'une production indue des ordonnances du Dr Gaillemin devant le tribunal civil de Remiremont. Si cette production a été faite, elle n'a donné lieu ni à poursuites, ni même à réclamations de la part des clients communs du pharmacien et du médecin. Visait-elle ce dernier? Il n'a été pris en son nom aucune conclusion qui en demandât spécialement la répression. Sans doute, dans sa plaidoirie, Me Mengin, son avocat, a relevé, avec son talent habituel, ce qu'elle avait d'abusif et détruit les conséquences qu'on cherchait à tirer des ordonnances. Les explications échangées à ce sujet ont contribué à déterminer la décision du Tribunal. Dans tous les cas, il n'est pas possible de trouver dans les pièces du procès l'ombre d'une circonstance qui fasse naître une nouvelle action au profit du docteur Gaillemain.

Agréez, etc.

Le conseil judiciaire du syndicat,
MAUD'HEUX.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr ROVILLAIN, de Paris, présenté par M. le Directeur.

M. le Dr KATZ, de Conflans-Sainte-Honorine (Seine-et-Oise), présenté par M. le Dr Bibard, de Pontoise.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 18 | 4 Mai 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Chloroforme et chlorure de méthylène.

M. *Regnauld* et M. *Villejean* ont entretenu l'Académie d'un nouvel anesthésique, le formène bichloré ou chlorure de méthylène. Sous ce dernier nom Spencer Wells et Lefort ont employé un corps qui en réalité est une solution mixte de chloroforme et d'alcool méthylique, bien moins altérable que le chloroforme. Quant au véritable chlorure de méthylène, ses procédés de préparation et de purification sont tellement longs et coûteux jusqu'ici et les expériences faites sur les animaux sont si inquiétantes qu'on ne peut songer à l'essayer actuellement chez l'homme.

Étiologie du tétanos.

M. *Leblanc* (Académie de Médecine, 23 avril) est adversaire des idées de M. Verneuil. Pour celui-ci la seule cause prédisposante au tétanos est le commerce avec les chevaux ; pour M. Leblanc, les conditions hygiéniques et climatériques défectueuses où se trouvent les animaux blessés jouent le rôle principal dans la production du tétanos.

D'après M. Leblanc l'origine équine et bovine du tétanos n'est pas prouvée ; si dans quelques cas son origine tellurique est probable, dans le plus grand nombre, elle est fort contestable. La contagion par l'eau, par l'air et par les poussières n'est pas admissible et on n'est pas très certain de la nature des germes (microbes ou ptomaïnes) considérés comme cause unique de cette maladie.

L'influence de la prédisposition est indéniable et elle joue le rôle principal dans la genèse du tétanos. Expérimentalement on a démontré la nature infectieuse limitée du tétanos en inoculant des tissus altérés ou de la terre appartenant à des régions infectées ; pratiquement, la contagion, qu'il s'agisse de l'homme ou des animaux, n'a pas été prouvée. Il n'y a aucune utilité à placer le tétanos au nombre des maladies contagieuses inscrites dans la loi du 21 juillet 1882.

M. *Nocart* n'a pas été convaincu non plus, parce que les faits de M. Verneuil peuvent être interprétés autrement qu'il ne le fait, et d'une façon qui satisfait mieux l'esprit, étant plus d'accord avec les données expérimentales.

Laissant de côté les observations se rapportant à des blessés qui ont été en contact plus ou moins direct avec des chevaux tétaniques, parce que l'on peut admettre la possibilité de la contagion du cheval à l'homme, M. Nocart note que, dans tous les autres faits, non seulement le cheval incriminé n'avait pas le tétanos, mais encore n'avait eu aucun rapport avec un animal tétanique. De telle sorte que M. Verneuil n'hésite pas à admettre que le cheval *sain* peut donner le tétanos, non pas parce que tétanique, mais parce que... *cheval*.

Après tout, la chose est possible ; mais, pour la faire admettre, il faudrait l'assaisonner de quelque expérience montrant qu'on peut donner le tétanos par l'inoculation d'un produit quelconque (sang, muscle, etc.), prélevé sur un cheval *sain*. Or, cette expérience, on l'attend encore ; jusqu'à ce qu'elle ait été fournie, on sera en droit de dire que, pour la plupart des faits cités par M. Verneuil, l'apparition du tétanos s'explique mieux par l'action de la terre qui a souillé la plaie que par le contact du cheval incriminé.

L'action tétanigène de la terre cultivée, voilà, en effet, le seul fait solidement établi. Pourquoi ne pas s'y tenir ? Pourquoi surtout vouloir que cette action soit due au fumier de cheval plutôt qu'à celui du bœuf ou du mouton ? Le contraire paraît, *a priori*, plus vraisemblable, car on sait que le tétanos est beaucoup plus fréquent à la campagne que dans les grandes villes ; à Paris,

par exemple, où la population chevaline est considérable, le tétanos est extrêmement rare ; ne serait-on pas autorisé à dire que c'est en raison du petit nombre de bœufs ou de moutons qu'on y entretient ?

M. Verneuil a reconnu la valeur de ces objections en se déclarant prêt à admettre la provenance *animale* multiple ou l'origine *tellurique* du tétanos ; mais il n'en continue pas moins à viser spécialement, sinon exclusivement, le cheval, parce qu'il contracte plus fréquemment le tétanos Cela n'est pas une raison suffisante.

M. Nocart rappelle ce qui se passe pour la septicémie ou gangrène gazeuse dont la pathogénie touche par tant de points à celle du tétanos.

En 1875, M. Signol avait eu l'idée d'inoculer méthodiquement le sang de chevaux *sains*, tués par asphyxie ; les animaux mis en expérience étaient des moutons et des lapins ; tous ceux à qui l'on inoculait dans les veines profondes du sang pris sur le cheval, quinze heures après la mort, succombaient fatalement en moins de vingt-quatre heures par septicémie gangreneuse. On eût pu dire alors que la gangrène gazeuze était d'origine équine. Depuis, les élèves de M. Pasteur ont démontré que le fait se reproduit chez tous les herbivores. Le vibrion septique est ingéré avec les aliments et boissons ; il résiste à l'action de la digestion, et il est expulsé avec les excréments sans avoir rien perdu de sa vitalité, tout prêt à se développer lorsque les conditions de milieu seront devenues favorables.

M. Nocart est tout disposé à croire qu'il en est de même pour le microbe du tétanos. Avant d'assimiler au vibrion septique le microbe du tétanos, il faudrait montrer que ce microbe existe dans l'intestin des herbivores, que les sucs digestifs sont sans action sur lui, qu'on le retrouve dans les excréments, encore apte à provoquer le tétanos chez l'animal auquel on l'inoculerait. Tout cela est encore à faire, et, jusqu'à ce qu'on l'ait fait, il est sage de nous en tenir aux données qui découlent des faits expérimentaux. L'origine équine du tétanos n'est encore qu'une hypothèse, et ce n'est pas sur une hypothèse, si séduisante qu'elle soit, que l'on peut s'appuyer pour demander l'inscription du tétanos dans la loi sur la police sanitaire des animaux domestiques.

Des altérations de l'oreille moyenne chez les enfants en bas âge (1).

M. *Netter* appelle l'attention sur une particularité encore mal connue de la pathologie de la première enfance : la fréquence des lésions de l'oreille moyenne. Sur vingt autopsies, pratiquées à l'hospice des Enfants Assistés et à l'hôpital Trousseau, ces lésions n'ont pas manqué une seule fois. L'âge des sujets a varié de neuf jours à deux ans. Passé deux ans, la fréquence de l'otite paraît devenir bien moindre.

L'exsudat qui remplit la caisse du tympan et ses prolongements est presque toujours purulent. Tantôt le pus est épais, louable, tantôt plus fluide. Souvent il est mélangé à du mucus ou à de la sérosité. Dans le plus petit nombre des cas l'exsudat est simplement muqueux, catarrhal, tout semblable au liquide sécrété dans le coryza.

Ces liquides renferment toujours des microorganismes. Sur dix-huit fois où les cultures ont été faites, on a rencontré treize fois le streptococcus pyogenes, six fois le staphylococcus pyogenes aureus, cinq fois le pneumocoque. Ce sont les mêmes microorganismes que l'on rencontre dans les otites moyennes aiguës de l'adulte. Comme chez l'adulte, l'otite de l'enfant en bas âge est certainement due à l'introduction dans la caisse par la trompe d'Eustache, de microbes hébergés normalement dans la bouche et le pharynx. Toutes ces otites, sans exception, étaient bilatérales.

La membrane du tympan n'a jamais présenté

(1) Société de biologie.

FEUILLETON

Aménités de nourrices.

Vous connaissez, cher lecteur, le *genus irritabile vatum* d'Horace ; je veux vous entretenir un instant d'une autre gent non moins irritable que celle des poètes, je veux parler de celle des nourrices.

Choisir une nourrice est assurément chose délicate et épineuse, plus épineuse qu'on ne saurait croire et dire. Notre confrère, le Dr Le Gendre, avec son talent ordinaire, a exposé aux lecteurs du *Concours médical*, la manière de conduire cet examen.

Ces conseils sont excellents assurément, mais il est peut-être plus facile de les édicter que de les appliquer, du moins dans notre milieu rural.

Mais mon but n'est pas de m'appesantir sur ce coté de la question ; je veux simplement vous montrer, à l'aide de deux courtes historiettes, ce qu'il en coûte de donner son avis sur le compte d'une femme qui cherche un nourrisson ou désire le conserver.

Ces deux récits sont authentiques, c'est de l'histoire, dirais-je, si le terme n'était pas trop ambitieux ; je les tiens d'un de mes condisciples sur la véracité duquel on peut faire entièrement foi.

Voici la première par ordre chronologique:

Notre confrère avait été consulté pour savoir si une jeune femme blonde qui se présentait comme nourrice avait du lait et pouvait être agréée comme telle.

J'ai dit qu'elle était blonde ; mais, à vrai dire, notre confrère, et je suis de son avis, tout en préférant les brunes, ne regardait pas la couleur des cheveux comme un vice rédhibitoire. Les dents n'étaient pas irréprochables ; mais la perfection est si rare et le choix en général si restreint, que mon ami crut devoir poursuivre son examen. Le sein était petit, assez peu veiné ; il ressemblait à une demi-sphère et adhérait étroitement à la poitrine.

C'était, en un mot, un de ces seins qui semblent fuir la bouche de l'enfant au devant de laquelle courent, au contraire, les seins dits en poire.

Par acquit de conscience et aussi, il faut bien l'avouer, parce que c'était un moyen de se dispenser de formuler un arrêt immédiat en présence de l'intéressée, notre confrère réclama un peu de lait pour l'examiner au microscope, avant de se

de perforation. Elle était quelquefois injectée, plus souvent normale.

En général, l'otite était une trouvaille d'autopsie que ne faisait prévoir aucun symptôme relevé pendant la vie. Elle ne paraissait avoir joué aucun rôle dans la production de la mort. Deux fois cependant celle-ci fut le fait d'une méningite suppurée due à la propagation de l'otite. Dans un troisième cas, il convient peut-être de rattacher à l'otite le développement d'abcès du poumon.

Quatre enfants avaient eu la rougeole, quatre la diphtérie; mais à côté de ces maladies considérées comme des causes fréquentes d'otites, existait souvent l'athrepsie, où l'otite n'est pas signalée. Quatorze fois l'on trouvait dans les poumons des lésions de broncho-pneumonie. Mais cette lésion, banale dans les autopsies d'enfants de cet âge, a manqué six fois. On ne saurait donc admettre que l'otite lui ait été subordonnée.

Comment est-il possible d'expliquer la vulnérabilité toute spéciale de l'oreille moyenne des jeunes enfants ?

L'absence d'expectoration ou d'expulsion, le maintien habituel dans le décubitus paraissent favoriser l'introduction dans les trompes des microbes contenus dans la bouche et le pharynx. Peut-être aussi ces microbes trouvent-ils un milieu de culture favorable dans les débris de ce bouchon gélatineux qui remplit la caisse pendant la vie intra-utérine. Trœltsch, Parrot, Baréty et Renaut ont déjà signalé la fréquence de l'otite purulente chez les nouveau-nés.

M. *Gellé* fait remarquer, d'une part, que les lésions de l'oreille qui s'observent si communément chez l'enfant sont, la plupart du temps, sous la dépendance de la syphilis ou de la tuberculose et, d'autre part, que le bourrelet gélatineux de l'oreille est souvent le siège d'une suppuration même avant la naissance.

La maladie du mamelon de Paget (psorospermose cutanée).

M. J. *Darier* a établi devant la Société de Biologie, le 23 mars dernier, qu'une maladie qu'on désignait sous le nom d'acné cornée ou acné sébacée concrète, était due à la présence, dans les orifices folliculaires, de parasites spéciaux, de l'ordre des coccidies ; ces parasites provoquent secondairement un bourgeonnement de l'épiderme du follicule sous forme de végétations papillomateuses ; d'où le nom de *psorospermose folliculaire végétante*.

Cette psorospermose folliculaire végétante n'est pas la seule affection de la peau causée par les parasites de la classe des psorozoaires.

Paget, le premier, en 1874, a appelé l'attention sur une affection chronique de la peau du mamelon et de l'aérole suivie de la formation d'un cancer du sein.

La maladie, à peu près spéciale au sexe féminin, débute par une lésion d'apparence eczémateuse de l'aérole du sein et de la peau voisine. Voici les particularités qui distinguent cette éruption de l'eczéma ordinaire : limitation par un bord circulaire ou polycyclique parfaitement net, induration parcheminée de la peau, développement excentrique, incurabilité absolue ; enfin et surtout, apparition presque constante, après quelques mois ou quelques années, d'un cancer avec rétraction et ulcération du mamelon. Histologiquement, on a trouvé une altération de l'épiderme que les uns considèrent comme eczémateuse, les autres comme spéciale et de nature indéterminée. Cette altération se propagerait de la surface du mamelon aux canaux galactophores ; ou bien il s'agirait d'un cancer canaliculaire primitif, donnant lieu secondairement à une dermatose papillaire maligne. Quelques auteurs, supposant qu'il n'y a là qu'un simple eczéma, qui constitue un *locus minoris resistentiæ* pour le développement du cancer, en sont venus à considérer

---

prononcer définitivement. Le microscope témoigna faiblement en faveur de la nourrice : les globules étaient en général assez peu volumineux ; le plus grand nombre n'était guère qu'une sorte de poussière.

La nourrice ne fut point acceptée ; elle n'avait convenu ni au médecin, ni à la mère de l'enfant qui trancha elle-même la question sans hésiter en disant : « Docteur, je suis de votre avis ; cette femme n'a pas de lait ; je ne la veux pas. »

Tous ces détails ne sont qu'une introduction et une sorte de prologue ; la vraie scène ne se déroule que plus tard.

Un beau jour, notre confrère ayant été appelé dans le quartier de la blonde nourrice, se vit interpellé brusquement : « Ah ! que je suis aise de vous rencontrer ! Dites-moi donc depuis quand examine-t-on le lait de femme avec un microscope ? Le microscope ! mais ce n'est bon que pour vérifier les graines de vers-à-soie ! Je vous dis que vous n'êtes qu'un âne ! ! »

Notre confrère, un peu timide de sa nature, fut interloqué par la brusquerie et la vivacité de l'apostrophe, par la nouveauté et le haut comique de l'argument et il ne sut trouver que cette réponse un peu piètre : « Je suis un âne, c'est bien possible ; en revanche, vous, vous êtes une savante. »

Ami lecteur, que dites-vous de cette blonde ? Quelle aménité !

Je vous ai promis deux histoires : voici la seconde ; elle est du même tonneau et du même confrère.

Cette fois, la nourrice était brune, grande et pas mal découplée ; mais cela ne suffit pas toujours. Elle était primipare, ce qui n'est pas en général une circonstance favorable. On s'accorde à préférer les multipares ; elles ont plus d'expérience et plus de lait tout à la fois. Celle-là avait eu, en outre, un accouchement un peu laborieux et n'était pas entièrement remise. Elle possédait, par surcroît, un petit caractère *aux oignons*. La famille lui reprochait de mal tenir l'enfant et de le laisser pleurer tout à son aise ; elle trouvait aussi que l'enfant ne gagnait pas.

« Je cherchai à l'amadouer en lui disant (c'est mon confrère qui parle) : « Vous êtes accouchée depuis peu ; l'enfant qu'on vous a confié a un peu souffert avec sa première nourrice, il est difficile de le rétablir en aussi peu de temps. Continuez à nourrir ; tout ira bien. » Il engagea d'un autre côté la famille à patienter et elle patienta un mois de plus. Mais, le mois écoulé, les parents revinrent

comme suspect tout eczéma chronique du sein, et à en conseiller l'ablation.

Or, si l'on prend, dit M. Darier, au niveau de la surface malade, des squames épithéliales et qu'après les avoir dissociées en lambeaux dans une goutte d'eau, ou mieux dans la solution iodée, on les porte sous le microscope, on constate, sans autre préparation, l'existence, au milieu des cellules épithéliales et souvent dans leur intérieur même, des corps ronds entourés d'une membrane réfringente à double contour.

Le diamètre des corps ronds est un peu variable. Il est généralement supérieur à celui des cellules épithéliales normales, de sorte que les cellules qui les contiennent sont plus ou moins distendues. La membrane contient une masse de protoplasma granuleux qui est quelquefois rétractée, ou plus souvent, au lieu d'une masse unique, deux ou un plus grand nombre de corpuscules. On peut avoir sous les yeux une coque remplie de grains très nombreux. La présence de ces corps dans les squames est caractéristique de la maladie de Paget.

Sur des coupes de fragments de peau excisés et durcis, on voit que ces corps, qui sont extrêmement abondants en certains points, siègent à tous les étages du revêtement épidermique. Les caractères qui leur appartiennent sont suffisants pour affirmer qu'il s'agit de psorospermies ou coccidies, c'est-à-dire d'animaux unicellulaires de la classe des psorozoaires. Ils ressemblent beaucoup aux parasites de la psorospermose folliculaire, mais ils sont généralement plus gros et, en outre, on trouve ici abondamment des formes qui n'apparaissent chez les autres qu'après une longue période de culture, en dehors de l'épiderme de leur hôte.

Il existe de ces parasites non seulement dans l'épiderme superficiel, mais encore, en très petit nombre, dans le tissu conjonctif du derme, qui est le siège d'une inflammation intense. On en trouve surtout en quantité dans les prolongements de l'épiderme qui constituent le canal excréteur des glandes sudoripares et les canaux galactophores.

L'épithélium du mamelon est formé de lobes et de boyaux irréguliers et ramifiés en tous sens en continuité avec l'épiderme superficiel au niveau de l'embouchure des canaux galactophores. Au milieu des cellules épithéliales qui constituent ces lobes, se voient de nombreuses coccidies à des degrés divers de développement. On les retrouve également, sur des préparations obtenues par dissociation, ou simplement quand on examine le produit de raclage d'une surface de coupe de la tumeur.

On voit, en outre, une quantité d'éléments cellulaires qui ne peuvent être, avec certitude, distingués des cellules épithéliales. Il est donc possible qu'il y ait, soit dans l'épithélium, soit dans la lésion cutanée, un nombre de parasites beaucoup plus grand qu'il ne semble au premier abord. D'ailleurs, si les coccidies se présentaient partout avec des caractères absolument distincts des cellules qui les entourent, on ne comprendrait pas que les observateurs éminents qui ont étudié cette maladie n'en aient pas jusqu'ici reconnu la présence. Mais il suffit qu'on trouve dans chaque lobe de la tumeur un certain nombre de parasites sous leur forme caractéristique pour qu'il soit légitime de leur attribuer un rôle dans sa formation.

Les faits qui précèdent démontrent, d'abord, que la maladie de Paget est une affection parasitaire, une forme de psorospermose. Ils permettent, ensuite, d'en faire très facilement le diagnostic, et cela par le seul examen microscopique de squames détachées de la surface malade.

En outre, la maladie en question fournit une première indication sur la cause et la pathogénie de certains épithéliomes, et à ce titre elle mérite l'attention des observateurs.

à la charge et notre confrère eut à recommencer la corvée. L'enfant avait incontestablement gagné, mais l'humeur de la nourrice était restée atrabilaire et, son lait participant sans doute à ces qualités, l'enfant pleurait sans cesse, ce qui les exaspérait tous les deux. Vous voyez le cercle vicieux.

Mais j'ai hâte d'arriver au dénouement. Notre confrère avait dit dans le courant de sa visite à laquelle assistait la mère : quand on veut savoir au juste à quoi s'en tenir sur le compte d'un nourrisson, il faut examiner s'il se mouille, comment il se salit (les selles doivent être jaunes, de consistance de crème, bien liées) ; il faut surtout le peser tous les dix jours environ et, s'il n'augmente pas pendant les 4 à 5 premiers mois de 25 à 30 gr. par jour au minimum, c'est qu'il a une mauvaise nourrice, ou qu'il est malade. »

Le nourrisson fut retiré, non pas sur le conseil formel de notre confrère, mais parce que la mère était mécontente du caractère de la nourrice et de la mauvaise tenue de son enfant.

Vous avez certainement deviné que le médecin a été rendu responsable de la solution, mais vous n'imagineriez jamais dans quels termes, quand je vous le donnerais en cent et en mille. Les voici : « Peser un enfant, disait notre...... mégère ! cela s'est-il jamais fait ? cela s'est-il jamais vu ? Est-il possible de pousser *l'impolitesse* à ce point ».

Je termine par un conseil à nos jeunes confrères : la gent nourricière appartient au *genus irritabile* ; quand vous aurez affaire à elles, tenez-vous sur vos gardes ! méfiez-vous de ses protestations ! et, par-dessus tout, ne parlez jamais ni de microscope, ni de balances ! Autrement, gare aux épithèthes malsonnantes ! XX...

— Et, pourtant, notre confrère est assurément d'avis qu'il est nécessaire de recourir, dans les cas douteux, au microscope et à la balance. Pour éviter les inconvénients qu'il signale, il faut avoir autorité sur les nourrices qu'on inspecte et faire intervenir à propos l'autorité des parents, des parents qui payent, bien entendu ! M. le Dr Toussaint, d'Argenteuil, nous a promis récemment de dire à nos lecteurs comment il réussit dans cette tâche ardue, au grand profit des enfants et en outre à son profit personnel.

N. D. L. R.

Des décharges précritiques dans les maladies aiguës. Causes de l'état typhoïde.

M. *Albert Robin* a démontré, dès 1877, que dans la fièvre typhoïde il y avait rétention dans l'organisme de produits toxiques ; qu'il existait un rapport entre cette rétention et la gravité de la maladie ; enfin, que la défervescence et même la convalescence étaient subordonnées, pour la plus grande partie, à de véritables décharges de produits toxiques.

La réalité de la rétention est prouvée, puisque les matériaux extractifs existent dans le sang dans une proportion d'autant plus grande que la maladie est plus grave, et que la diminution des extractifs urinaires coïncide avec une augmentation des extractifs du sang et une aggravation de la maladie.

Quant à la subordination du phénomène critique aux décharges urinaires, elle s'appuie sur des faits nombreux.

1° Les éliminations urinaires suivent une marche ascendante, si l'on considère individuellement chacune des périodes de la maladie, en ce sens qu'un typhique qui sécrète 50 grammes, en moyenne, pendant la période d'état, élimine 56 gr. 50 pendant la défervescence et 60 gr. 13 pendant la convalescence. Ces éliminations ascendantes appuient déjà la relation qui subordonne ces deux périodes à la décharge des matériaux retenus pendant la première.

2° Tout phénomène ayant un caractère critique s'accompagne de l'élimination par l'urine d'un excès de matériaux solides. Veut-on savoir si les sueurs qui surviennent pendant la période d'état sont des sueurs indifférentes ou des sueurs critiques ? On n'a qu'à mesurer la quantité de l'urine et à doser les matériaux solides. Si les sueurs sont indifférentes, les matériaux solides et la quantité d'urine diminuent ; si, au contraire, les sueurs sont critiques, le résultat est inverse, malgré la déperdition parallèle effectuée par la peau.

3° Les premiers signes thermiques de la défervescence sont précédés, dans 35 % des cas, par une augmentation dans l'élimination des matériaux solides, augmentation qui précède ces signes de 24 heures.

Dans 23 % des cas, cette élimination augmentée continue pendant le premier jour de la défervescence. Dans 24 % des cas elle précède la défervescence de 48 à 72 heures. Elle ne manque que dans 18 % des cas ; encore s'agit-il toujours alors de cas légers. En effet, si, au lieu de considérer 100 cas de fièvre typhoïde pris en bloc, on ne prend que les cas graves, ces décharges, que M. Robin appelle *précritiques*, s'observent d'une manière pour ainsi dire constante.

4° L'avortement plus ou moins subit d'une fièvre typhoïde, qui avait débuté avec des phénomènes plus ou moins graves, est la conséquence de l'élimination brusque des déchets de la désintégration organique, avec cette réserve, toutefois, que le processus de désintégration ne poursuive pas son œuvre.

5° Il existe des décharges précritiques de la convalescence, puisque dans 75 % des fièvres typhoïdes la quantité des déchets éliminés augmente 24 heures environ avant que les températures du matin et du soir s'abaissent au-dessous de 38 degrés.

6° L'élimination de la créatinine n'atteint son maximum que vers la troisième ou la quatrième semaine de la maladie. Le maximum a souvent lieu au moment même de la disparition des symptômes graves.

7° Les décharges s'opèrent aussi par d'autres voies que la voie rénale, mais toujours concurremment avec celle-ci.

8° Dans les fièvres à réversion, la proportion des déchets éliminés ne suit pas, aux diverses périodes, la marche progressivement ascendante qui caractérise les autres formes de la fièvre typhoïde. Il semblerait donc que l'excrétion a été imparfaite pendant la première atteinte, et on peut voir, dans cette évolution anormale l'un des éléments de la rechute.

9° L'influence critique de certaines hémorrhagies intestinales, et quelquefois des épistaxis abondantes, ont paru relever aussi d'une brusque élimination des poisons retenus dans le système circulatoire.

Dans la plupart des maladies qui peuvent, dans le cours de leur évolution, prendre les caractères d'une maladie typhoïde, dans la pneumonie, dans la grippe grave, dans les rhumatismes à allures typhoïdes, il y a rétention dans les tissus des déchets de leur activité.

Par conséquent, « l'état typhoïde » est causé par la rétention dans l'organisme des déchets, — matières extractives, leucomaïnes, ptomaïnes — dont l'élimination est retardée, soit à cause de l'excès même de leur quantité, soit par une insuffisance absolue ou relative des émonctoires. Ce n'est donc plus une simple manifestation symptomatique, d'ordre purement fonctionnel ; c'est, bien au contraire, l'expression extérieure d'une auto-intoxication, et l'on peut dire aujourd'hui que cet élément morbide possède sa lésion spécifique ; cette lésion est une *lésion chimique*, à savoir la rétention de résidus d'une destruction augmentée avec oxydation relativement diminuée.

On peut donc, en pathologie générale, subordonner l'*état* typhoïde aux trois termes suivants : désintégration augmentée, oxydations relativement diminuées, rétention de déchets, — quelle que soit la *maladie* protopathique que cet état typhoïde est venu compliquer.

REVUE DE CHIRURGIE (1)

(Suite).

Traitement de l'adénite tuberculeuse. — Traitement des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds. — Kystes hydatiques de la rate et du foie.

Traitement de l'adénite tuberculeuse (1).

Le Dr Forgue (de Montpellier) passe en revue et compare les différents modes de traitement d'une affection qui relève à la fois du domaine de la médecine et de la chirurgie, l'adénite tuberculeuse.

La médication générale peut beaucoup pour les tuberculeux jeunes, porteurs de ces masses adéniques en chapelet, dures encore, résistantes, indolores, mobiles. Avec de la suralimentation, du plein air, de l'air marin surtout, des bains salés, de l'huile de foie de morue, un peu d'arsenic pour les adultes, on arrive à résoudre bien des chaînes ganglionnaires. Mais il faut de la persévérance dans la médication et des doses assez élevées de

(1) *Gazette des hôpitaux* 6 avril 1889.

ces médicaments. Les résultats, obtenus par Cazin à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, doivent être, en grande partie, rapportés à l'influence des bains de mer, et surtout à l'immersion constante dans l'air marin. Comme ces longues stations des malades aux hôpitaux marins ne peuvent être employées pour tous les sujets, il faut souvent chercher à activer ou à suppléer le traitement médical.

Tout d'abord, pour traiter et prévenir les jetées ganglionnaires, il est indiqué de guérir, dans les dépendances lymphatiques correspondantes, les lésions qui peuvent causer l'engorgement adénique : caries dentaires, gingivites, stomatites, amygdalites à répétition des scrofuleux, blépharites ciliaires rebelles, poussées cutanées d'impétigo ou d'eczéma.

Comme traitement chirurgical, deux méthodes sont actuellement en faveur : les injections interstitielles et l'extirpation avec ou sans grattage.

Les injections de teinture d'iode, de liqueur de Fowler, de liqueur iodo-tannique ne sont guère usitées ; celles d'éther iodoformé dont un élève de Verneuil, le Dr Verchère, a décrit la technique, a donné de bons résultats. Lorsque l'adénite est ramollie et suppurée, l'injection est facile à faire comme dans tout abcès froid. Lorsqu'on opère sur un ganglion non ramolli, la seule difficulté de cette petite opération consiste à faire l'injection bien exactement dans le tissu ganglionnaire lui-même. Pour cela on fixe solidement, du pouce et de l'index gauche, le noyau ganglionnaire à injecter, on l'énuclée sous la peau et on enfonce, de la main droite, l'aiguille de Pravaz isolée : on lâche alors la glande et quelques mouvements de bascule de l'aiguille montrent bien si le ganglion embroché suit ses oscillations.

Après l'injection, le ganglion se distend et son voisinage se tuméfie : une douleur cuisante, vive, se manifeste et dure généralement jusqu'au lendemain. La tumeur insufflée le premier et le deuxième jour par la vapeur d'éther reste encore légèrement sensible à la pression : les jours suivants, l'éther se résorbe et le ganglion diminue. Les injections doivent être répétées, tous les huit ou quinze jours ; à chaque séance, on se contente généralement d'une demi-seringue de Pravaz.

Quand le ramollissement et la fonte caséeuse ont ouvert à la peau un orifice fistuleux, aux bords bleuis et décollés, au suintement séro-grumeleux, les injections éthéro-iodoformées perdent de leur commodité opératoire : on a alors la ressource d'employer de longs et souples bâtonnets d'iodoforme qu'on peut loger et pousser dans tous les trajets fistuleux et fongueux.

S'il s'agit d'une adénite caséeuse aiguë qui aboutit rapidement à la formation d'un adéno-phlegmon, on incise largement cet abcès, on évacue le pus mal lié et grumeleux qui l'emplit ; on termine l'opération en se servant de la cuiller tranchante ou du thermo cautère.

Quant à l'extirpation des ganglions, c'est une méthode thérapeutique sur la valeur de laquelle on n'est pas encore bien fixé ; ce n'est en tout cas qu'après essai infructueux de la médication générale qu'on déclarera une adénite tuberculeuse opérable.

Si le malade peut subir une cure prolongée, si c'est une femme accessible à des considérations d'esthétique, on essaie le traitement par les injections éthéro-iodoformées.

S'il s'agit d'une région non apparente, d'un malade qui veut abréger la cure d'un ganglion ou d'un groupe ganglionnaire libre, mobile, on l'énuclée aisément d'un coup de bistouri et par une dissection mousse.

Si l'on a affaire à des masses enfouies dans de la péri-adénite, avec une peau malade, des trajets fistuleux, des scrofulides ulcéro-fongueuses de la suppuration intarissable qui affaiblit le malade et menace ses reins, on n'attend point trop : le raclage à la curette, la torréfaction au thermo-cautère, avec les précautions opératoires nécessaires, seront les moyens de mettre rapidement au net ces surfaces malades et purulentes.

Du traitement des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds.

Dans la discussion qui se poursuit sur ce sujet à la Société de chirurgie, la plupart des orateurs sont d'accord pour admettre que l'opération d'Alexander est une bonne opération, mais qu'elle ne réussit que dans les cas de rétroflexion et de rétroversion mobiles, qui d'ailleurs sont souvent indolentes et peuvent se passer d'une intervention active.

M. L. Championnière fait remarquer que, lorsqu'il y a des phénomènes douloureux très fréquemment, ces symptômes sont dus à une lésion utérine ou à une lésion des annexes. C'est également l'avis de M. Terrier qui traite d'abord la métrite en dilatant l'intérieur de la cavité utérine et en pratiquant le grattage, et qui n'a jamais trouvé nécessaire de pratiquer ensuite le raccourcissement des ligaments ronds. Dans les cas où l'on se trouve en présence de rétro-déviations avec adhérences utérines et péri-utérines, M. Terrier pense que toute mobilisation est alors impossible ; l'opération d'Alexander doit être rejetée ; c'est à la laparotomie et à la simple destruction des adhérences, si les ovaires et les trompes paraissent sains, qu'il faut avoir recours ou à l'ablation des annexes, quand ils sont reconnus malades ; on peut allors compléter, si cela est nécessaire, l'opération par l'hystétopexie.

De même M. Terrillon pense que l'opération d'Alexander n'est bonne et utile que dans les cas simples où l'utérus est réductible. Toutes les fois qu'il existe de la métrite, c'est cette dernière qu'il faut traiter, sans songer au raccourcissement des ligaments ronds ; si l'on intervient, quand il existe des adhérences péri-utérines, il y a de nombreuses chances pour que l'opération soit suivie d'insuccès.

Quant aux pessaires, M. L. Championnière les considère comme inutiles, sinon dangereux ; de même M. Terrier n'est nullement convaincu de leur efficacité et ne les emploie qu'exceptionnellement. MM. Pozzi et Bouilly pensent, au contraire que des pessaires bien faits et bien appliqués rendent de grands services dans le traitement des déviations utérines et qu'ils sont exempts de tout danger. M. Pozzi a remarqué que, chez les femmes qui offraient des troubles nerveux réflexes multiples, le pessaire fait rapidement disparaître les douleurs épigastriques et les troubles physiologiques de l'estomac qu'il est fréquent d'observer dans les déviations utérines. M. Bouilly rappelle que, toutes les fois qu'à l'aide

d'une manœuvre quelconque, on obtient la correction de la déviation et le maintien de la réduction il y a un soulagement manifeste et que tout autre traitement est inutile. L'usage du pessaire est alors tout indiqué et peut amener une guérison durable.

Les pessaires ne sont dangereux que lorsqu'ils sont mal appliqués, lorsqu'on ne prend pas la précaution de bien réduire l'utérus ou de maintenir sa réduction, enfin et surtout lorsqu'il existe une inflammation péri-utérine qui constitue alors la principale maladie.

Kystes hydatiques de la rate et du foie.

Autre discussion non moins intéressante à la Société de chirurgie sur le traitement des kystes hydatiques de la rate et du foie par la méthode des ponctions ou par l'incision abdominale ; c'est cette dernière que préfèrent presque tous les orateurs (Terrier, Quénu, Richelot, Marchand, Reclus, Segond, etc.) qui prennent part à la discussion en relatant les faits observés par eux.

Le point de départ de cette discussion est un rapport de M. Segond sur deux observations adressées par M. Leprévost (du Havre) : la première, d'un kyste hydatique de la rate traité et guéri par deux ponctions dont l'une aspiratrice fut suivie de phénomènes inflammatoires et curateurs ; la seconde, d'un kyste suppuré du foie pour lequel M. Leprévost incisa la paroi abdominale, fit une ponction aspiratrice ; après avoir vidé en partie la poche, il la sutura à la paroi abdominale, puis le traitement par les lavages fut appliqué. Un mois après, il ne restait plus qu'une petite fistule.

M. Segond, tout en admettant que le traitement par la ponction de kystes non suppurés peut être suivi de succès, pense qu'il faut être réservé dans l'emploi des injections et des ponctions et qu'il y a souvent avantage à avoir rapidement recours à l'intervention directe en un seul temps. C'est également l'avis de MM. Terrillon, Terrier, L. Championnière; ils font remarquer combien il est difficile d'établir le diagnostic de poches hydatiques multiples qui ne peuvent être guéries par la simple ponction, de telle sorte que les ponctions ne peuvent amener la guérison d'une manière certaine ; M. Terrier pense même qu'elles peuvent être dangereuses soit par le fait des liquides injectés, soit par l'emploi d'instruments qui peuvent être porteurs d'agents septiques. Il est donc nécessaire que, lorsqu'on les emploie, ces instruments soient bien stérilisés.

M. Richelot n'a pas changé d'avis depuis 1885 sur ce sujet ; malgré les perfectionnements apportés récemment par M. Debove dans le traitement par les ponctions et les injections à la liqueur de Van Swieten, M. Richelot persiste à croire qu'il ne faut pas avoir recours à cette méthode thérapeutique dans les kystes suppurés, qu'elle est mauvaise dans les kystes vivants à poches multiples, à hydatides nombreuses, mais que cependant elle peut être bonne, sous la réserve de certains accidents inflammatoires ou gangréneux, dans les kystes les plus simples.

TRAVAUX ORIGINAUX

Simple note sur le tétanos,

Par le D. H. Lécuyer, de Beaurieux (Aisne).

Depuis la très importante communication du Dr Larger (de Maisons-Laffite) sur la contagiosité du tétanos à la Société de chirurgie, depuis surtout l'ouverture de l'enquête par M. le professeur Verneuil, qui a pris l'affaire en main, enquête désirée très complète, où tous les praticiens sont appelés à participer, — bien des travaux ont été publiés, bien des discussions ont eu lieu dans les académies et autres sociétés savantes, et actuellement la question est encore pendante.

Il faut l'avouer, il y a des faits qui paraissent bien observés, bien démontrés et qui militent en faveur de la contagion.

Il y en a d'autres, également bien observés, où il est absolument impossible de trouver un mode de contage quelconque. En admettant la contagion, deux sources très différentes ont été admises, l'origine équine d'abord, soutenue avec talent par le professeur Verneuil et l'origine tellurique défendue énergiquement par le Dr Ricochon (de Champdeniers).

§

Certains observateurs pensent que le tétanos est contagieux de l'homme à l'homme. D'autres croient que le germe existe dans le sol comme le germe paludéen. Il pourrait venir du cheval dit Blanc (de Bombay) et être seulement transporté par l'eau. Le germe existe dans le sol, mais en passant par les solipèdes, ses propriétés virulentes s'exaltent, dit Ricochon. Enfin il existe l'ancienne théorie : l'origine nerveuse, spinale, le tétanos n'étant qu'une exagération des réflexes, exagération causée par une blessure *quelconque* ou par impression du froid.

§

Disons tout d'abord qu'il est bien singulier que ce ne soit que depuis si peu d'années que l'attention du monde médical ait été appelée sur cette importante question.

On ne comprend guère que des observateurs tels que Larrey, Desgenettes, Bégin, Baudens, Laveran, Dupuytren, Nélaton, Sédillot, Chenu, qui ont vu des quantités de tétaniques, n'aient jamais pensé à la contagion possible. Ils sont tous unanimes, au contraire, à affirmer que, dans la plupart des cas, c'est une impression de froid humide succédant à la chaleur du jour qui a occasionné le tétanos.

Ainsi, dans ses mémoires, Larrey dit qu'après la campagne de 1809 en Autriche, les blessés les plus exposés à l'impression de l'air froid et humide des nuits glaciales du printemps, après avoir passé par divers degrés de chaleur très forte pendant le jour, ont tous été atteints de cette maladie. « Chose remarquable, dit-il, il n'y a eu de tétaniques que dans cette saison où le thermomètre allait dans le jour jusqu'à 23° Réaumur et descendait la nuit jusqu'à 8°. »

§

Dans la campagne d'Egypte, au Caire, l'hôpital vient-il à être baigné par le Nil, aussitôt apparaît

le tétanos. A Jaffa, on installe les blessés au bord de la mer, les jours sont très chauds, les nuits froides, il se développe de nombreux cas de tétanos, très aigus, et qui mouraient en 2 ou 3 jours. Après le combat d'El Arich, on campe sur un terrain humide, il y a des pluies continuelles, aussitôt le tétanos se développe.

Bégin rapporte qu'après la bataille de la Moskowa, pendant les plus vives chaleurs, il y eut très peu de tétaniques ; tandis qu'un grand nombre succombèrent à cette affection après la bataille de Dresde par un temps humide et froid, succédant à une grande élévation de température.

Ambroise Paré dit, dans son neuvième livre : « Quand le *spasme* survient par trop grand froid (d'autant qu'il est ennemi du cerveau, de la moelle spinale et des nerfs) le malade sera mis en lieu chaud comme en estuves se donnant de garde de s'exposer incontinent au grand feu, en un bain tiède et lui seront appliqués les liniments chauds ci-dessous mentionnés le long de *l'épine du dos* et à la partie malade. »

Il connaissait donc l'influence du froid et avait idée du siège de la maladie.

Joignant la pratique à la théorie, il cite des tétaniques qu'il a guéris en les mettant dans du fumier bien chaud.

§

Desgenettes a toujours remarqué que les variations brusques de température ont une grande influence sur le développement du tétanos.

A Nice, à Gênes, dans les hôpitaux, toujours il a constaté que la brise de mer, déterminant des variations dans l'atmosphère, occasionnait de véritables épidémies de tétanos.

A Jaffa, retour de Saint-Jean d'Acre, on côtoyait la mer ; il y eut alors beaucoup de tétaniques : « La brise froide et humide de la mer, dit-il, la température glaciale de la nuit, faisaient contraste avec la chaleur diurne, étouffante de l'atmosphère. »

Les médecins de marine, à bord de leurs bâtiments, ont vu se développer, à différentes reprises, de nombreux cas de tétanos. Fournier-Sescay cite que lors de la guerre de l'indépendance Américaine, François d'Auxerres étant sur la frégate l'*Amazone* devant Charles-Town, la plupart des blessés par armes à feu furent attaqués du tétanos. C'est qu'il y eut un temps orageux et humide qui succédait à un calme sec.

Avouons qu'il est impossible d'expliquer ces derniers cas par une origine équine ou tellurique.

§

Dans ses aphorismes, Hippocrate avait déjà dit : « Le froid cause le tétanos. Le froid est l'ennemi des nerfs, du cerveau et de la moelle épinière. » Tous les observateurs jusqu'à ces dernières années, et je n'ai cité que ceux d'une valeur incontestée, avaient donc constaté les mêmes causes créant les mêmes effets.

Le Dr Delorme, professeur de chirurgie de guerre au Val-de-Grâce, dans son beau livre, Traité de Chirurgie d'Armée, paru en 1888, dit : « C'est surtout le caractère épidémique que présente parfois le tétanos et sa moindre fréquence signalée depuis l'adoption des pansements antiseptiques qui ont fait admettre *la théorie septique, mais c'est surtout à l'action d'une cause souvent bien différente d'une intoxication et agissant simultanément sur un certain nombre de blessés réunis qu'il faut rattacher les pseudo-épidémies tétaniques.* »

Je crois que Delorme est dans le vrai. Terrier, dans une séance de la Société de Chirurgie, raconte que dans les haras il y a souvent de véritables épidémies de tétanos traumatique ; mais ce n'est pas étonnant, dit-il, les animaux auxquels on fait la castration à 7 h. du matin sont promenés toute la journée à travers les rues. On comprend qu'ils meurent du tétanos.

Quoi qu'il en soit, il est du devoir des praticiens de répondre à l'appel du professeur Verneuil. Je lis dans le *Bulletin médical des Vosges* de janvier 1889, un article très intéressant du Dr Lardier (de Rambervillers). Il cite quelques cas de tétanos, demande comme tous les médecins des faits, toujours des faits, encore des faits ; dit que dans les observations qu'il produit : « l'origine équine est possible, l'origine tellurique probable » ; mais « que ces observations ne sont pas une preuve irréfutable de l'origine équine du tétanos ». Il ajoute « que cependant elles sont loin de témoigner en défaveur de la théorie du professeur Verneuil ».

Notre distingué confrère doute, et il a raison, je crois.

Je me permettrai encore de citer les paroles suivantes du Dr Lardier, auxquelles je me rallie complètement. Nous cherchons tous, de bonne foi, la vérité ; et dans les observations qui vont suivre, nous verrons qu'elles sont loin de plaider en faveur des théories nouvelles, à moins qu'on ne nous démontre (ce qui me paraît difficile) par où a pu passer le contage équin, ou tellurique. « Les camps sont encore partagés, dit Lardier, et si bon nombre de chirurgiens soutiennent les opinions du professeur Verneuil et présentent des observations qui semblent confirmer les vues de notre savant maître, il est d'autres observateurs (ce sont les plus nombreux) qui hésitent encore parce qu'ils ne sont pas convaincus ; il en est enfin qui sont décidément et carrément opposés à la doctrine de l'origine équine du tétanos et qui s'appuient, pour défendre leurs idées, sur des faits qui paraissent irréfutables. Je pense que, au milieu de ces débats, notre rôle de médecins praticiens ne doit pas se borner et se réduire à accepter, comme venues d'en haut, des opinions toutes faites, que nous contrôlerons ou ne contrôlerons pas, mais que notre devoir est au contraire de marcher, guidés par nos maîtres, à la recherche de la vérité et de contribuer pour une part, qui a sa valeur, à l'élucidation de ce problème. »

Ces préliminaires, peut-être un peu longs, mais qui me paraissent indispensables, étant donnés, je vais faire une narration succincte, mais complète, des 5 seuls cas de tétanos que j'ai observés en 19 années de pratique.

La vallée de l'Aisne est un pays de culture, mais pas d'élevage, par conséquent on fait peu de castration, et de mémoire d'homme dans plus de 20 communes de ma clientèle, on n'a jamais constaté de tétanos chez le cheval. C'est un point que je tiens à mettre en relief.

Obs I. Muscourt. — Le 19 mai 1872 je suis appelé pour voir un enfant de 3 ans. Cet enfant est tombé dans le feu 12 jours avant ; il a eu son petit bonnet brûlé et une brûlure légère à la tête.—

Je n'ai pas été appelé pour cette brûlure. Je constate un opisthotonos aigu, et l'enfant meurt en l'espace de 12 heures. — Le père est scieur de long ; il n'y a de chevaux ni dans sa maison, ni même dans le hameau. Je demanderai aux contagionnistes comment ils pourraient avec leur doctrine expliquer ce cas.

Obs II. Concevreux. — Le sieur B., agriculteur, âgé de 30 ans, part le 2 mai 1872 le matin à cheval pour voir ses ouvriers. En montant à cheval, ayant déjà le pied gauche à l'étrier, le cheval fait un demi-tour, et la jambe droite qui était en l'air retombe à terre, mais si malheureusement, qu'il y a luxation tibio-tarsienne en dedans et issue du tibia à travers les téguments, le péroné étant fracturé.

Je réduis la luxation après avoir été obligé de débrider, je fais deux points de suture enchevillée, et après avoir fait un pansement ouaté, je pose la jambe dans la boîte Gaillart (de Poitiers).

Quelques jours après il y a gangrène du lambeau, phlegmon diffus, ce qui occasionne des fusées purulentes jusque dans le voisinage du genou. Je fais quelques incisions et le 20 mai (dix-huit jours après l'accident), l'état local, malgré une purulence excessive, est assez satisfaisant, mais le malade commence à avoir du trismus. Je fais une injection hypodermique de 2 centigrammes de morphine.

A partir du lendemain, il y a opisthotonos complet. Le malade demeure à 7 kilomètres de ma résidence, je vais le voir deux fois par jour et pour le panser et pour lui faire deux injections de morphine qui le calment et qu'il réclame énergiquement.

J'ordonne une atmosphère constamment chaude et humide et une grande propreté ; je fais faire sur le pied de l'irrigation tiède continue.

J'augmente de jour en jour et progressivement la dose de morphine et au bout de 8 jours j'arrive à la dose énorme de 20 centigrammes d'hydrochlorate de morphine en injections hypodermiques par jour, que je continue jusqu'au 6 juin.

Le 6 juin, je ne fais plus d'injections ; il y a bien encore un peu de trismus, mais qui cesse vers la fin du mois. De temps en temps, ouvertures d'abcès.

Le 7 juin je ne vois le malade qu'une fois par jour.

Le 9 juillet eschares au sacrum, qui finissent par guérir, ainsi que les abcès. — Le tétanos a disparu complètement. Je ne vois le malade que deux fois par semaine.

Vers le mois d'octobre, le malade peut se lever une partie de la journée. A la fin de l'année il est sur pied, très bien guéri.

Voilà, je pense, un beau cas de chirurgie conservatrice et de guérison d'un opisthotonos traumatique des plus graves.

Je ne vois pas comment on pourrait trouver dans cet accident un exemple d'infection.

Obs. III. — Le 22 mai 1883, le sieur Th., messager, âgé de 40 ans, va à Reims, et, comme sa voiture était très chargée, il marche pendant 6 lieues, se foule un durillon qu'il avait à la plante des pieds, durillon qui se met à suppurer.

Le 24 je suis appelé pour soigner le pied et je constate une grande raideur dans les mâchoires. Le 25 un opisthotonos des plus violents se déclare, et malgré les injections morphinées, le chloral, le bromure de potassium, le malade succombe le 30 mai. Disons que Th. était un alcoolique.

Obs. IV. — Le 10 septembre 1884, le sieur F. J., cultivateur à Maisy, âgé de 40 ans, en labourant une de ses pièces de terre, manque de tomber ; en étendant les bras pour se rattraper à quelque chose, il heurte le mors du cheval et se fait une petite blessure à la main, blessure insignifiante pour laquelle il ne me consulte pas et qui guérit en deux jours.

Le 17 septembre, il vient me consulter et sans parler de sa blessure, se plaint de douleurs dans les mâchoires. Comme c'est un rhumatisant, je lui ordonne des frictions ; il continue à travailler un peu, mais sa mâchoire devient de plus en plus raide et je suis appelé le 24.

Je constate un trismus complet avec gêne de la déglutition. Le 25, opisthotonos complet, je vais le voir deux fois par jour, je le traite par les bains de vapeur térébenthinée, par les injections de morphine, le chloral, le chloroforme.

Le 1er octobre il commence à aller mieux et le 7 guérison. Notons que le cheval n'était pas malade.

Obs. V. — Le 28 octobre 1888 je suis appelé chez le sieur F. H., âgé de 28 ans. Je le trouve en état d'opisthotonos complet, ne pouvant pas desserrer les mâchoires. Sans aucune blessure, sans aucun accident, le tétanos l'a pris subitement la veille, alors qu'il était en train de fouler du raisin.

Comme le raisin n'a pas mûri cette année dans la contrée, il était dur et froid.

Mon malade eut donc très froid et sortit de la cuve au bout d'une demi-heure.

On le coucha aussitôt complètement gelé, mais on eut de la peine à le réchauffer. Deux heures après il avait le tétanos. Je le soignai par la même méthode et un mois après il était guéri.

Voici un cas bien frappant, je crois, de tétanos A FRIGORE.

Tels sont les 5 seuls cas de tétanos, je le répète, que j'ai observés dans une clientèle étendue en 19 ans.

Je ne crois pas qu'il soit possible d'invoquer la contagion pour un seul de ces cas. Remarquons que de mémoire de cultivateur, comme je le disais en commençant, on n'a jamais vu de chevaux tétaniques dans le pays.

Ces cinq cas ont été isolés et n'ont jamais occasionné d'épidémies, quoique mes malades aient demeuré au milieu des villages et aient eu beaucoup de visites.

Je n'ai qu'à me louer du traitement auquel je soumettais mes malades. Sur cinq cas, j'ai eu trois guérisons, et deux morts dont une en quelques heures, et l'autre chez un alcoolique. Je ne saurais trop recommander les injections morphinées, deux fois par jour ; mes malades m'attendaient matin et soir avec impatience, sachant quel soulagement immédiat la morphine leur procurait. L'atmosphère chaude et humide, les bains de vapeur, le chloral, le chloroforme doivent aussi être employés.

J'ai recherché dans les vieux auteurs des cas de tétanos traumatique pour lesquels il est impossible de croire à la contagion.

J'en citerai quelques-uns.

Je trouve deux cas intéressants dans Stoll. Il raconte qu'en 1779 une femme fut blessée au pied droit par l'explosion d'un magasin à poudre. Il constata une fracture du bras en deux endroits

et une blessure légère à la malléole externe gauche. Cotte blessure devint gangréneuse et la malade mourut d'opisthotonos le 18e jour.

L'autre exemple donné par Stoll est celui d'une servante qui avait fait une chute de 14 pieds de haut. Il constate une fracture de la jambe droite au-dessus des malléoles, en plusieurs morceaux, dont quelques-uns furent extraits de la plaie. Le calcanéum était également fracturé. Au talon il y avait une plaie considérable; 14 jours après la chute, il constata du trismus, puis de l'opisthotonos. Au bout d'un mois, la malade était guérie.

En Egypte, Larrey a observé un cas de tétanos occasionné par une arête logée dans la gorge; quand la cause en fut connue, l'extraction du corps étranger fut faite et le malade guérit.

Franck cite un horloger qui s'enfonça un instrument aigu dans la poitrine en travaillant de son état, entre la 6e et 7e côte gauche. Une pneumonie se développa ; le blessé entra à l'hôpital où il mourut d'opisthotonos.

Bégin parle même d'influences morales et cite le cas d'un sergent-major cassé pour fautes graves.

Horteloup croit que la constipation opiniâtre peut occasionner le tétanos et cite un blessé qui avait les intestins obstrués par une quantité de noyaux de cerises. — Le tétanos se déclara et le malade succomba.

Fournier-Sescay a vu des enfants attaqués de tétanos à l'occasion de la variole.

Cureton en 1884 cite le cas d'un homme atteint de coryza et de douleurs rhumatoïdes qui habitait un endroit humide. Il fut pris le 8e jour de *trismus* et finalement d'opisthotonos et mourut en 6 jours.

Ce cas rappelle l'entité décrite par Niemeyer sous le nom de tétanos rhumatismal. Je citerai encore un exemple.— Dernièrement le docteur Gautreau (de Saint-Amand-sur-Sèvre) racoute qu'il a soigné un enfant de 11 ans qui avait coutume de traverser, aprés avoir couru assez longtemps, un ruisseau où l'eau pouvait monter jusqu'aux mollets. Un soir il tomba dans le ruisseau sur le genou droit, et se fit une légère blessure transversale au-dessus de la rotule. — Après trois semaines, la cicatrisation était produite. Alors il fut pris de trismus, puis d'opisthotonos. Au bout d'un mois il était guéri par l'opium et le bromure de potassium à haute dose.

Conclusion. — Dans les quelques remarques qui précèdent, j'ai simplement voulu répondre à l'appel du professeur Verneuil. J'ai cité les cinq cas de tétanos que j'avais observés directement. J'ai rassemblé quelques cas analogues. J'ai tenu à citer les observations des grands médecins militaires qui ont observé tant de cas. L'impression qui me reste, est que, si la contagion est possible, elle n'est pas constante, et qu'en tout cas, le mode de contagion est bien obscur, puisque des observateurs de cette valeur ne l'ont pas reconnue.

L'origine purement équine du tétanos me paraît bien problématique, et assurément n'est pas la seule, si elle existe. Les exemples que j'ai cités entre autres sur les navires, me paraissent ne pouvoir pas être contestés. Somme toute, la question est à l'étude, elle mérite la peine qu'on s'en occupe et le devoir des praticiens est d'apporter chacun sa pierre à l'édifice commun.

La science microbienne est encore dans l'enfance, et si elle a donné déjà de grands résultats, il est permis de dire, sans pour cela être taxé d'ennemi du progrés, que certains en ont abusé. Sans doute la culture des microbes dans des peptones stérilisées doit être encouragée, car elle a donné des résultats, mais à une seule condition, c'est que les expérimentateurs ne fassent pas table rase de tout ce qui a été observé avant eux.

Ils ne doivent pas oublier que la médecine est une science d'observation et que, médecins avant tout, ils doivent faire une grande attention aux observations des maîtres éminents qui les ont précédés et des médecins qui apportent des faits en contradiction avec leur théorie.

Dr H. Lécuyer.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Jurisprudence médicale : Force probante reconnue aux livres des médecins.

Barbezieux, 14 avril 1889.

Mon cher Directeur, *Le Journal du Palais* publie, dans sa dernière livraison mensuelle, deux décisions judiciaires qui me paraissent intéresser tous les médecins. Je m'empresse de vous les signaler.

1° Jugement du tribunal civil de Libourne du 13 janvier 1887 :

« Le Tribunal ; — attendu que, sans aller aussi
« loin que l'arrêt cité par l'appelant, d'après le-
« quel les clients d'un médecin ayant implicite-
« ment accepté de s'en référer à la bonne foi du
« praticien, auraient charge de prouver l'exagé-
« ration de sa note d'honoraires, il faut reconnaî-
« tre que la nature particulière de l'exercice de
« l'art médical dispense les praticiens, soit de
« l'apport d'une pièce écrite, soit d'une justification
« par témoins du nombre de leurs visites, dès lors
« qu'ils produisent des documents de comptabi-
« lité d'un caractère insuffisamment probant ; que
« sans doute, leurs livres ne sauraient, au même
« titre que ceux des commerçants, faire foi en
« justice, mais que les tribunaux peuvent y pui-
« ser les présomptions suffisantes pour fixer
« leur conviction ;

« Attendu, en fait, que G... quoique n'ayant
« malheureusement pas l'habitude de recourir à
« la comptabilité spéciale des médecins, dont la
« teneur strictement régulière présente les plus
« sérieuses garanties, a cependant fourni au tribu-
« nal un agenda régulièrement tenu, offrant des
« caractères suffisants de sincérité, qui ne paraît
« point avoir été produit devant le premier juge ;
« que ce document, rapproché d'autres éléments
« de la cause, et notamment de la nature de la ma-
« ladie traitée par G... démontre que sa demande
« n'a rien d'exagéré ; — Par ces motifs, réforme
« etc....

2° Jugement du tribunal civil d'Annecy, 1re chambre :

« Attendu que, par exploit du 22 juillet 1886,
« le docteur *C*... a assigné les fréres D..., ban-
« quiers, en paiement de la somme de 3,600 francs
« pour honoraires des soins qu'il avait donnés à
« la famille D... depuis l'année 1867 jusqu'à l'an-
« née 1884 ;

« Attendu que les défendeurs, après s'être réser-
« vé d'exciper de la prescription, l'ont formelle-
« ment opposée à l'audience où ils ont comparu ;
« qu'il y a donc lieu d'examiner si cette exception
« est recevable ;

« Attendu, en droit, que la prescription édictée « par les art. 2271 et 2273 du code civil est basée « sur une présomption de paiement ; que cette « présomption a pour fondement l'usage général « de solder, entre les mains des personnes qui y « sont indiquées, le montant des honoraires, sa- « laires, travaux ou fournitures, sans en retirer ou « conserver de quittances ;

« Qu'il a été décidé notamment par la cour su- « prême que cet usage, et partant, la présomption « légale dont il vient d'être parlé, ne sont appli- « cables qu'au paiement et non aux autres modes « de libération, notamment à la remise de la dette ;

« Attendu que, si l'aveu du débiteur qu'il lui a « été fait remise de la dette détruit cette présomp- « tion, l'aveu de non-paiement la détruit au même « degré ; qu'il y a donc lieu de rechercher s'il y « a eu aveu de non-paiement ;

« Attendu que la jurisprudence admet que l'exis- « tence de la dette, c'est-à-dire la reconnaissance « du non paiement, peut résulter aussi bien d'un « aveu tacite que d'un aveu exprès. (Cassat. civ. « 30 juillet 1879) ;

« Que si des présomptions graves, précises et « concordantes ne peuvent pas combattre la pré- « somption légale qui sert de base à la prescrip- « tion, il est non moins certain que, lorsque cette « présomption est détruite par un aveu de non « paiement résultant des conclusions et des plai- « doiries, la prescription à laquelle cette présomp- « tion sert de base ne peut plus être opposée ;

« Attendu dès lors qu'il y a lieu de rechercher « si les déclarations faites par les défendeurs dans « leurs conclusions et développées ensuite dans « les plaidoiries, alors que la prescription n'était « pas opposée, mais qu'il y avait eu simplement « une réserve faite à cet égard, ne constituent pas « un aveu de non-paiement ;

« Attendu que les défendeurs ont soutenu que « les soins qui leur avaient été donnés par C..., « avaient pour contre-partie des services nom- « breux et de tous genres, des cadeaux, des té- « moignages de toute sorte d'affection et de dé- « vouement, que ; d'autre part, il a été reconnu « que C... ne leur avait fourni sa note d'hono- « raires que le 4 février 1883 ; qu'il résulte de là, « d'une part, que les frères D.... déclarent avoir « payé leur médecin par des services et des ca- « deaux, d'autre part, qu'ils ne connaissaient pas « le montant de leur dette ; qu'il y a évidemment « là des déclarations absolument contradictoires « qui impliquent un aveu implicite, mais for- « mel, de non-paiement ; que dès lors, l'ensem- « ble de ces déclarations constituant un aveu « implicite, mais certain de non-paiement, détruit « de la manière la plus formelle la présomption « qui constitue la base légale de la prescription ; « que, par conséquent, cette exception n'est pas « recevable;

« Au fond, attendu qu'il existe au dossier des « défendeurs une note d'honoraires se montant à « 385 fr. qui, d'après eux, leur aurait été présen- « tée par C... le 4 février 1885 et qui est intitu- « lée : « *Mémoire des honoraires dus par MM.* « *D... frères au docteur C...* » ; qu'on lit à la « suite de cet intitulé : « *Précédents soins ; ma-* « *ladies et couches de Mme D... ; maladies de* « *Mme L.... etc., réglés par 500 fr., qu'a bien* « *voulu m'apporter M. L...* » ; que cette note est « le seul élément sur lequel le tribunal puisse « appuyer la décision pour la période antérieure « à 1878 ; que, dès lors, il y a lieu de s'en tenir à « cette note qui donne quittance pour les hono- « raires antérieurs à 1878 ;

« Attendu que, depuis cette date, le mémoire « produit par le demandeur indique le détail des « soins donnés à la famille D... ; que les visites « de jour notamment sont portées à 2 fr. ; que ce « chiffre n'est évidemment pas exagéré ; que rela- « tivement au nombre des visites portées par le « demandeur, il est certain que le mémoire par « lui fourni est le relevé de ses livres, et que les « livres des médecins, à moins d'exagérations « évidentes, doivent constituer pour les tribunaux « un élément de preuve suffisant, puisque, d'après « les usages, il n'a pas été possible au médecin de « se procurer une preuve écrite de sa créance ; « que la note dont il s'agit est donc suffisamment « justifiée au montant de 385 fr. — Par ces mo- « tifs, déclare non recevable l'exception de pres- « cription ; — statuant au fond, condamne, « etc... »

Le point de droit important tranché par ces deux jugements est la *force probante reconnue aux livres des médecins.*

Si l'on s'en tenait à la lettre de l'article 1331 du code civil, il faudrait décider que le médecin, n'étant pas commerçant, ses registres ne peuvent constituer une preuve écrite de sa créance d'honoraires. Mais si l'on recherche les motifs qui ont fait accorder l'autorité d'une preuve écrite aux livres de commerce, on reconnaîtra que ces motifs peuvent, à bien plus forte raison, être invoqués en faveur des registres des médecins. Voyez-vous un médecin, en quittant son malade après chaque visite, lui demander un écrit constatant qu'il lui est dû 2 fr. ?

Ce n'est donc pas l'article 1341 du code civil qui peut être appliqué à la demande d'honoraire d'un médecin, mais bien l'article 1348 du même code qui fait une exception pour le cas où le créancier a été dans l'impossibilité de se procurer une preuve écrite de l'obligation contractée envers lui. Et il s'agit ici de l'impossibilité matérielle.

Néanmoins la question tranchée par ces deux jugements est controversée, et il est à craindre que cette jurisprudence ne soit pas sanctionnée par la cour de cassation.

Agréez, Monsieur et cher Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

DUBRAC,
Président du Tribunal de Barbezieux.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Dans sa dernière séance, le *Syndicat de Pontoise,* présidé par notre excellent confrère et ami le Dr *Bibard*, a donné son adhésion au Congrès et voté la somme de 100 francs pour sa part contributive aux frais de cette entreprise professionnelle.

Le *Syndicat de la Loire-Inférieure*, présidé par M. le Dr Harson, a adhéré également au Congrès et il a nommé deux délégués, MM. les Drs Tillois et Lureau, qui viendront représenter le très vivant syndicat de Nantes.

Nous publierons incessamment les comptes rendus de ces réunions.

REPORTAGE MÉDICAL

Pharmacies des sociétés de secours mutuels, des dépôts de médicaments dans les dispensaires. — La Cour de cassation a décidé que les sociétés de secours ont le droit de posséder *une officine* à l'usage de leurs membres, dès lors que celle-ci n'est pas *ouverte* (officine gérée par un pharmacien).

La Cour de Rouen a considéré que les hospices de la ville pouvaient créer des dispensaires pourvus de médicaments, distribués par des sœurs, ou des élèves en pharmacie, surveillés par le pharmacien de l'hospice.

Le Syndicat des pharmaciens de Rouen conteste cette décision.

Cie d'assurances « le Progrès ». — Le *Journal de médecine de Paris* avait pris fait et cause, comme nous, pour les médecins induits en erreur par une compagnie d'assurances « *le Progrès* ». Le Directeur de cette compagnie avait intenté un procès en diffamation à M. Lutaud ; le tribunal de la Seine l'a renvoyé des fins de la plainte et condamné la partie civile aux dépens, se fondant sur ce que M. Lutaud *n'a pas nommé* la compagnie qu'il accusait d'escroquerie et qu'il a agi *dans un but professionnel absolument désintéressé.*

Nous félicitons notre confrère de l'issue de sa louable campagne.

Les médecins lésés par la susdite compagnie doivent s'aboucher avec M. le Dr Régeard, 28, rue de Bondy.

Exemple à imiter pour les médecins français, au moment de l'Exposition.

Nous lisons l'annonce suivante :

Un médecin Anglais habitant une grande maison, dans un quartier central, accueillerait volontiers des confrères Français de passage à Londres, à raison de 60 fr. par semaine (pension comprise).

Les médecins de Paris et ceux de la banlieue peuvent nous demander des insertions de ce genre *à titre gracieux.*

Asiles de convalescents pour les militaires.— Sur l'initiative du Dr de la Porte, l'*Association des dames françaises pour les secours aux blessés* étudie les moyens de créer, pour les militaires sans famille, des asiles de convalescence, analogues à ceux que l'Association publique de Paris a fait construire au Vésinet et à Vincennes pour les convalescentes des hôpitaux.

Crémations.— Le Conseil d'Etat, au cours de son examen d'un nouveau règlement d'administration publique déterminant les conditions applicables aux divers modes de sépulture, a décidé qu'il y avait lieu, au cas où l'incinération serait demandée, d'exiger un certificat du médecin traitant spécifiant que la mort est due à une cause naturelle, ou, à défaut, du procès-verbal d'une enquête confiée à un médecin assermenté et enfin d'un rapport de ce dernier.

La responsabilité des propriétaires d'immeubles en Angleterre. — Le tribunal de Londres a condamné à 1.750 fr. de dommages-intérêts un propriétaire de l'île de Wigth qui avait loué l'été dernier une villa meublée dans laquelle deux enfants et trois autres personnes de la famille du plaignant n'avaient pas tardé à contracter la fièvre typhoïde par suite d'une contamination de l'eau d'un puits faisant partie de la propriété.

Empoisonnement par des billets de banque. — Au Trésor public de Washington, des femmes sont chargées de compter les banknotes qui entrent dans les caisses ou qui en sortent.

Quelques-unes présentèrent des ulcérations des doigts et même de la tête dont la nature était inexpliquée. Or, il paraîtrait que l'arsenic est la cause de ces accidents. En effet, pour l'impression des banknotes, le Trésor emploie plusieurs matières colorantes, dont il a le secret, et parmi elles se trouve un vert très certainement arsenical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Lavaux, de Paris, présenté par M. le Directeur.

M. le Dr Boyer, de Commercy, présenté par M. le Dr Vicq, de Sampigny.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Ohé.:. Les Psychologues, par GYP. ... 3 fr. 50.
Notes et souvenirs, par LUDOVIC HALEVY, de l'Académie française ... 3 fr. 50.
Le Plongeur, scènes de la vie sportive, par FORTUNÉ DU BOISGOBEY ... 3 fr. 50.
Dictionnaire théorique et pratique *d'électricité et de magnétisme*, par M. GEORGES DUMONT, électricien, ingénieur des arts et manufactures. Prix : Broché ... 30 fr.
Histoire d'un siècle, 1789-1889, par JULES TROUSSET.
L'Orient, journal d'un peintre, par GEORGE RODIER. Illustrations de l'auteur ... 3 fr. 50.
Le Disciple, Roman, par PAUL BOURGET ... 3 fr. 50.
Les Passions étranges, par JEAN BERLEUX ... 3 fr. 50.
Le soldat Chapuzot, scènes de la vie de caserne, par JEAN DRAULT ... 2 fr.
Jalousie de jeune fille, par Mme ADAM ... 3 fr. 50.
Manuel complet du jardinier : Fruits. Légumes. Plantes et arbres d'ornements. Taille des arbres. Greffes. Travaux mensuels, serres, couches et châssis, par DESCAMPS. 1 volume ... 3 fr. 50.
Sous le drapeau rouge : Récits mouvementés, vus et vécus, impartiaux néanmoins, de la guerre sociale et de la déportation de 1871, par LOUIS BARRON, secrétaire à la délégation de la guerre sous Cluseret et Rossel. 1 volume in-18 jésus ... 3 fr. 50.
Chamillac, comédie en 5 actes, par OCTAVE FEUILLET. 2 fr.
Les pommes du voisin, comédie en trois actes, par VICTORIEN SARDOU ... 2 fr.
Correspondance, deuxième série (1850-1854), par GUSTAVE FLAUBERT ... 3 fr. 50.

G. R. et Cie.

Les volumes ci-dessus, ainsi que tous les autres genres d'ouvrages anciens ou nouveaux (Médecine, Science, Littérature, Voyages, etc.), seront fournis aux membres du Concours médical avec une réduction de **20 0/0**, sur les prix marqués ; frais de port et recouvrement s'il y a lieu à la charge du destinataire.

Adresser toutes les commandes, demandes de renseignements et devis concernant les impressions, à MM. *G. Rongier et Cie, éditeurs de la Société du Concours médical, place de l'Ecole de médecine, 4, rue Antoine-Dubois.*

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André, Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Sur les conditions de réceptivité de l'appareil urinaire à l'invasion microbienne.

M. le professeur *Guyon* a fait sur ce sujet des recherches du plus haut intérêt dont il a exposé les résultats à l'Académie des Sciences (29 avril).

L'intervention des micro-organismes dans les modifications pathologiques des urines, depuis longtemps démontrée par M. Pasteur, paraît avoir un rôle non moins décisif dans la production des accidents auxquels succombent les malades atteints d'affections des voies urinaires.

Il est intéressant de rechercher dans quelles conditions s'exerce cette influence. La clinique et l'expérimentation fournissent des résultats qui sont en parfaite concordance. L'observation montre chaque jour des différences considérables dans l'aptitude pour l'infection ; l'expérimentation les confirme. Cette aptitude dépend de conditions multiples. Les différentes parties de l'appareil urinaire ne subissent l'infection qu'à la suite d'une appropriation préalable qui les met en état de réceptivité.

La rétention d'urine, les lésions traumatiques ou spontanées de l'urèthre, de la vessie, des uretères et des reins, en d'autres termes tout ce qui modifie la nutrition et le fonctionnement normal de ces organes, fournissent les conditions voulues pour cette appropriation.

A ces conditions intrinsèques d'ordre pathologique qui créent la prédisposition morbide, s'ajoute nécessairement l'action différente des diverses variétés de micro-organismes. Chacune de ces conditions réclame des recherches. M. Guyon étudie aujourd'hui le rôle pathogénique de la rétention d'urine.

On sait que nombre de malades se sondent ou sont sondés dans les conditions les mieux faites pour permettre l'inoculation. Souvent il n'en résulte aucun accident apparent ; chez beaucoup, de longues années se passent sans autres inconvénients que ceux d'une inoculation localisée à la vessie. Chez d'autres, l'infection rapide de l'appareil urinaire tout entier est la conséquence prochaine, presque immédiate dans bien des cas, d'un cathétérisme pratiqué sans précautions antiseptiques.

La forme de rétention que M. Guyon a décrite autrefois sous la dénomination de rétention d'urine incomplète avec distension, fournit au plus haut degré les conditions de réceptivité indiquées plus haut.

Dans ces cas, que l'étude clinique n'avait pas séparés du groupe nombreux des rétentions, M. Guyon a fait voir quelle pouvait être l'influence de la tension de la vessie sur l'état anatomique et fonctionnel des reins et à quel degré les troubles qui en résultent retentissent sur l'appareil digestif. Ces malades qui ont la vessie distendue à l'extrême rendent cependant une quantité exagérée d'urine, leur nutrition se trouble profondément, ils prennent à un degré plus ou moins grand l'aspect que déterminent les lésions organiques. Ils offrent les caractères de l'état complexe appelé cachexie urinaire ou, du moins, de l'une de ces formes, de la forme non septique.

Dans ces cas, en effet, l'évolution morbide s'accomplit à l'état aseptique. Malgré la gravité, malgré la complexité des lésions, malgré la longue durée, les urines sont d'une limpidité parfaite ; elles ne contiennent aucun micro-organisme, elles ne cultivent pas ; le malade est apyrétique.

Qu'une intervention soit jugée nécessaire, que le cathétérisme soit fait sans les précautions rigoureuses qui empêchent l'introduction des germes, la suppuration s'établit du jour au lendemain, s'étend rapidement à tout l'arbre urinaire, la vie est gravement menacée ; il y a souvent élévation de la température.

Les conditions présentées par ces malades peuvent se résumer ainsi : stase de l'urine, troubles

de la nutrition locale et de la nutrition générale.

Stase de l'urine dans la vessie qui se débarrasse seulement de son trop-plein, stase dans les uretères dont l'irrigation continue de l'état normal est arrêtée par l'énorme distension de la vessie, stase dans les réservoirs et jusque dans les canalicules excréteurs du rein, eux aussi envahis par la dilatation pathologique de tout l'appareil.

Troubles de la nutrition locale dus aux lésions interstitielles, à l'artério-sclérose et au ralentissement de la circulation qui entretient un état congestif permanent. Troubles généraux dus à la perturbation des actes digestifs.

L'état pathologique, indépendamment des lésions qu'il provoque, a donc créé un milieu stable qui par cela même favorise la culture, culture qui pourra rendre particulièrement active l'exhalation sanguine provoquée par l'abaissement trop subit de la tension, lorsque l'évacuation artificielle n'est pas conduite suivant les règles précises.

Tout est donc prêt alors pour que la multiplication de l'agent infectieux s'accomplisse, tout assure la propagation aux uretères et aux reins.

Dans la rétention aiguë complète, l'urgente nécessité de l'intervention modifie grandement les conditions de réceptivité. Elle varie néanmoins suivant ses variétés. La rétention des rétrécis ne saurait être comparée à celle des prostatiques. Les premiers sont des sujets jeunes à vessie fortement musclée ; les seconds sont plus ou moins âgés, toujours athéromateux, leurs tissus sous le coup de troubles de la nutrition. Chez les uns et les autres cependant, à moins de lésions surajoutées, de traumatismes par exemple, l'infection, lorsqu'elle se produit, se localise d'abord à la vessie. Il est fort rare qu'elle soit durable chez les rétrécis. La stase de l'urine a bientôt complètement cessé. Aussi voit-on, par exemple, l'état ammoniacal le plus prononcé, des accidents fébriles graves disparaître d'eux-mêmes par le seul fait du rétablissement intégral de la miction. Chez les prostatiques, l'inoculation de la vessie persiste habituellement, mais elle ne s'étend que plus ou moins tardivement aux uretères et aux reins. Elle en prend d'autant moins possession que l'évacuation artificielle sera mieux assurée.

Le rôle de la rétention qu'affirme la clinique est également démontré par l'expérimentation.

M. Guyon a introduit dans la vessie du lapin et du cobaye des cultures pures de microbes pathogènes pour les animaux et pour l'homme, staphylococcus aureus, streptococcus pyogenes, bactérie septique de Clado, — étudiée par MM. Albarran et Hallé sous le nom de bacterium pyogenes. Vingt-quatre ou trente-six heures après l'inoculation, on ne retrouvait plus dans les urines les microbes injectés, et, les animaux sacrifiés, la vessie et tout l'appareil urinaire étaient indemnes de lésions.

Pour arriver à ce que la vessie reste habitée pendant quelques jours, et pour obtenir un léger degré de cystite, il faut employer des doses massives d'organismes très virulents (1 centimètre cube et demi de culture sur bouillon chaque fois). Il faut les répéter à plusieurs reprises et même alors les organismes ne dépassent pas la vessie ; les voies urinaires supérieures restent indemnes.

Dans une autre série d'expériences, M. Guyon a déterminé chez le lapin et le cobaye des rétentions simples par ligature de la verge. Les animaux sont morts spontanément par rupture de la vessie ou ont été sacrifiés de vingt-quatre à trente-six heures après la ligature. On observe la tension de la vessie, de très riches arborisations

---

FEUILLETON

Monologue d'un vieux médecin.

Je le dis bien à regret, l'invasion des savants de laboratoire dans le domaine de la médecine devient très inquiétante pour l'art de guérir.

Les mèges, les devins, les médecins du secret, les rebouteurs, voire les simples herboristes sont à présent infiniment moins dangereux et moins *malfaisants*, — je souligne ce mot, — que les doctes visionnaires qui s'égarent à la recherche des petites bêtes et qui ont la prétention de bouleverser la vieille pratique médicale.

Pourquoi je pense ainsi ?... c'est parce que leur qualité de savants savantissimes fait qu'on leur suppose un esprit judicieux qu'ils ont rarement, un bon sens que les connaissances scientifiques ne sauraient donner à qui n'exerce pas une profession.

Le monde d'aujourd'hui est trop clairvoyant pour se laisser prendre aux grossières supercheries d'un guérisseur qui marmotte des prières et qui fait à rebours des signes de croix. Mais comment nier ou mettre en doute les affirmations positives d'un homme sérieux et digne de foi qui assure avoir découvert la cause secrète d'une maladie, qui a vu le bacille spécial dans les crachats de tous les phthisiques, et qu'on ne retrouve pas dans les crachats des enrhumés ordinaires, qui a distingué et mis en couleur les microbes du typhus, de la variole, du choléra, etc. ;

Nous connaissons, grâce à lui, la cause ; il nous sera facile d'en arrêter les effets.

Voilà ce qu'on se dit.

*
* *

Aussi c'est à qui créera une nouvelle entité morbide en décrivant avec précision et minutie la morphologie d'un nouveau microbe ! C'est à qui établira les caractères de détermination du nouvel agent spécifique, ses réactifs, son genre de vie, l'histoire de ses évolutions dans des bouillons de culture et au sein de l'économie vivante.

Que si vous objectez à ces historiens du monde des infiniment petits, que leurs recherches sont plus amusantes qu'utiles, que leurs découvertes n'ont pas toute la portée qu'ils supposent, que depuis longtemps on avait l'idée de ces développements d'organismes minuscules qui pouvaient... etc., etc.

Oui, oui, vous répondent-ils ! Mais les anciens ânonnaient surtout cela ! Ils faisaient une ontologie hypothétique ! ils supposaient !... tandis que nous, nous la voyons, la petite bête ; nous en constatons l'existence et la réalité ; nous la savons par cœur !...

Elle est belle, leur science ! Est-ce donc à voir le renard qui prend mes poules que j'apprendrai à m'en garer ? Est-ce que la démonstration du microbe abrégera d'un jour l'alitement de mes fié-

vésicales, quelques ecchymoses, la dilatation des uretères et leur tension, la congestion rénale, surtout marquée au niveau de la voûte suspyramidale. A l'examen bactériologique, on ne trouve, par les procédés de culture, aucun micro-organisme.

En injectant des cultures de microbes pyogènes, en même temps qu'on pratique la ligature de la verge, on observe le gonflement œdémateux et le dépoli de la muqueuse, pour peu que le lien reste en place six à douze heures. Lorque cette rétention est trop temporaire, l'expérience est négative. Si la ligature de la verge est prolongée pendant vingt-quatre heures, et mieux encore si elle reste en place jusqu'à la mort de l'animal, la cystite est constante. Dans deux expériences, les microbes injectés se trouvaient non seulement dans la vessie, mais jusque dans l'urine des bassinets.

L'ensemble de ces faits démontre que la rétention d'urine favorise l'infection de l'appareil urinaire en rendant effective l'inoculation microbienne. La réceptivité de cet appareil est en raison même du degré et de la durée de la rétention. Les lésions qu'elle détermine, aussi bien dans la forme aiguë que dans la forme lente, favorisent l'action des agents pathogènes ; elles rendent plus durables et plus graves les effets de l'infection.

L'étude clinique et expérimentale de la rétention fournit encore une démonstration non moins importante. Elle prouve que l'infection reconnaît le plus ordinairement pour cause l'inoculation directe de la vessie par les instruments.

L'évolution aseptique des rétentions lentes abandonnées à elles-mêmes, l'infection fatale à la suite d'une intervention septique, la facilité avec laquelle l'état aseptique peut être maintenu en recourant uniquement à l'antisepsie chirurgicale, sont particulièrement démonstratives.

Chez ces malades à réaction si sensible, de même que dans l'état normal, l'urèthre ne livre pas passage aux germes ; ils ne pénètrent dans la vessie que s'ils y sont directement introduits.

Pour le démontrer expérimentalement, M. Guyon a déterminé la rétention d'urine en sectionnant la moelle chez deux lapins. L'un des animaux reçut dans la vessie une injection d'un demi-centimètre cube de culture sur bouillon du bacterium pyogenes ; l'autre ne fut point injecté. Ces deux animaux sont morts, après quarante et quarante-huit heures. Tous deux avaient la vessie énormément distendue ; celui qui avait reçu l'injection microbienne avait de la cystite œdémateuse, les urines de l'autre étaient aseptiques.

C'est donc à l'antisepsie locale qu'il appartiendra presque toujours de mettre sûrement l'appareil urinaire à l'abri de l'infection. Mais, c'est des lésions préexistant à l'introduction des germes, et en particulier de la rétention d'urine, que dépend la réceptivité.

Sur la dénomination des nouveaux médicaments.

M. *Dujardin-Beaumetz* a lu à l'Académie le rapport suivant fait au nom d'une commission sur cette question :

La thérapeutique s'est enrichie, dans ces dernières années, d'un nombre toujours croissant de nouveaux médicaments qui, pour la plupart, nous viennent de l'étranger et en particulier de l'Allemagne. Une fois que les recherches thérapeutiques faites en France ont établi leur valeur réelle, on voit s'élever de la part des fabricants la prétention suivante : c'est que le nom qu'ils ont attribué au médicament, nom qui signale une

---

vreux ? Est-ce que la constatation de la cellule cancéreuse dans la glande a jusqu'ici modifié en quoi que ce soit la thérapeutique ?

*
* *

Vous croyez que ceci les embarrasse ?

Erreur ! vous ne faites que les mettre en verve. Avec eux, vous n'aurez jamais le dernier mot dans des discussions de cette nature, où l'esprit de système prend le pas sur la bonne et vieille expérience ; vous n'aurez, dis-je, jamais le dernier mot, parce que c'est la folle du logis qui argumente contre le bon sens, c'est l'esprit sophistique qui est en lutte avec l'esprit d'observation.

Ecoutons les fanatiques du microbe !

« Nous allons créer partout des laboratoires de culture. Nous sacrifierons des hécatombes de chiens, s'il le faut, des milliers de lapins et de cobayes pour arriver à des conclusions rigoureuses. Et nous y arriverons.

« Le tout, c'est d'arriver à connaître la loi des antipathies bacillaires ; d'avoir la raison des incompatibilités entre atomes vivants qui infectent l'économie et qui sont faits pour se manger les uns les autres.

« Nous opposerons donc bactéries à bactéries, microcoques à virgules ; les bacilles de l'impaludisme serviront à neutraliser ou à exterminer les bâtonnets de la phthisie ; etc. *contraria contrariis.*

« Ou bien, nous inoculerons préventivement les microbes, comme on l'a fait pour la variole ; comme le Dr Beck proposait de syphiliser le monde, il y a quarante ans, pour en extirper la vérole. Pourquoi pas ? *similia similibus.*

« On a cru que la vie sédentaire et confinée prédisposait à la phthisie ; que les excès pouvaient engendrer des névroses, amener le ramollissement, produire la folie !.... Nous ne voulons pas contredire à tout cela. Mais cela importe peu. Nous n'aurons qu'à saturer l'économie du microbe spécifique pour rendre les plus intempérants invulnérables et pour les faire vivre autant que Mathusalem !

« *Quo non ascendam*? Nous aurons simplifié l'art de guérir en créant la vraie science des entités morbides dont l'Ecole de Paris s'est moquée il y a soixante ans !

— De sorte que, avec de la propreté et des antimicrobes suffisants et de bonne marque, on n'aura pas besoin d'hygiène ?

— Nous n'en voyons pas beaucoup la nécessité !...

Autrefois, nos doctes confrères de la ville appelés en consultation venaient porteurs d'un plessimètre en ivoire ou d'un stéthoscope en bois léger, soi-disant pour se rendre compte des choses anormales qui se passaient dans le thorax du patient.

Plus tard ils tirèrent d'un étui un thermomètre à *maxima* qui indiqua au juste l'hyperthermie

partie de leur action thérapeutique ou bien qui est constitué en dehors des lois de la chimie, est leur propriété et devient pour eux une marque de fabrique ; de telle sorte que seuls ils ont le droit de fabriquer et de vendre ce produit.

Cette prétention a ému les industriels français et la commission a eu, à ce sujet, à examiner s'il y avait un remède à cet état de choses ; si l'on pouvait, par de nouvelles appellations fixées par l'Académie, éviter ces inconvénients et s'il était possible de faire adopter, dans la pratique, les noms chimiques si compliqués de ces corps.

Mais il fallait savoir avant tout si les noms appliqués à ces médicaments et créés en dehors des règles scientifiques constituaient une marque de fabrique. En France, les médicaments ne peuvent être brevetés, mais la loi sur les marques de fabrique et de commerce protège, à ce titre, tout signe distinctif ou toute appellation servant à indiquer l'origine d'un produit ou d'une marchandise, d'où il résulte qu'en donnant un nom spécial à un médicament, nom qui n'est pas tiré de la nomenclature chimique, l'industriel constitue une marque de fabrique qui lui est propre, sans que, pour cela, il soit nécessaire que le nom de cet industriel soit accolé à l'appellation qu'il a attribuée au médicament.

En conséquence, les appellations d'antipyrine, d'antifébrine, de phénacétine, de sulfonal, etc., constituent des marques de fabriques protégées par la loi française.

Comme il est impossible de se servir, dans la prescription usuelle de ces produits, de leurs noms scientifiques si compliqués tirés de la nomenclature chimique, l'Académie pourrait-elle attribuer à ces nouvelles substances, au moment de leur apparition, une appellation qui appartiendrait alors au domaine public ? Pourrait-on, par exemple, comme l'a proposé M. Bourgoin, substituer au nom d'antipyrine celui d'analgésine ?

La commission, tenant compte du peu de succès qu'a eu la proposition de M. Bourgoin, a abandonné cette idée, et elle a pensé qu'il fallait distinguer, dans cette question de l'appellation des nouveaux médicaments, la partie scientifique de la partie commerciale.

Lorsqu'un médecin prescrit l'un des médicaments dont il est ci-dessus parlé, sous l'appellation qui constitue sa marque commerciale, sans le faire suivre du nom de l'inventeur ou du fabricant, le pharmacien est-il obligé de fournir le produit de l'industriel non dénommé ? A cette question, on peut répondre par la négative, et le pharmacien peut fournir, en exécutant les prescriptions magistrales, le médicament sous son appellation chimique, par exemple de diméthyloxyquinizine pour de l'antipyrine. En d'autres termes, le pharmacien en présence d'une ordonnance prescrivant un produit sous sa dénomination usuelle, peut utiliser ladite substance soit sous ce nom vulgaire, soit sous le nom qui lui est attribué par la nomenclature. Dans le premier cas, il doit employer le produit monopolisé ; dans le second, le produit fabriqué par d'autres industriels est vendu sous son appellation chimique. D'ailleurs, n'est-ce pas ainsi qu'il agit quand il délivre du sulfate de soude pour du sel de Glauber, du sulfate de magnésie pour du sel d'Epsom, etc. ? C'est pourquoi il a semblé à la commission que l'on pourrait adopter le même usage pour la prescription et la délivrance des nouveaux médicaments ; mais, comme l'Académie ne peut qu'émettre un avis à cet égard, la commission propose à son approbation la conclusion suivante :

Conformément à la doctrine qui sépare la ques-

---

du fébricitant. Tout cela fait bien dans le tableau.

Mais, à côté de cette mise en scène, ils se livraient à des investigations fort désagréables sur les antécédents morbides du sujet, sur ses dispositions héréditaires, ses habitudes, son régime, etc.

Bientôt l'archiâtre muni de ses petites fioles à analyses et à réflexion, d'un spectroscope, de liquides colorants, n'aura plus besoin de recourir à ces interrogats indiscrets. « Taisez-vous, dira-« t-il au malade qui voudra le renseigner, taisez-« vous et tenez-vous tranquille. Il m'importe peu « que vous soyez un intempérant ou un homme « sobre, chaste ou débauché. Laissez moi déter-« miner quelle est la virgule qui vous travaille ! »

— Mais alors, allez-vous dire, la simplification de la médecine va faciliter l'œuvre du médecin ?

— Eh ! nullement. Chaque procédé nouveau demande un noviciat à l'application ; chaque découverte a son enseignement et une mnémotechnie spéciale ; chaque hypothèse, si absurde qu'elle soit, a eu momentanément sa raison d'être et son crédit ; et historiquement, elle a besoin d'être retenue.

Tâche immense pour la médecine moderne !

Comment se reconnaître dans ce capharnaüm de théories scientifiques, d'affirmations à vérifier, de faits généraux à contrôler, d'illusions ou d'erreurs à éviter ? Car enfin il y a des microbes salutaires, s'il en est qui sont homicides. Et il ne faudrait pas confondre les uns avec les autres !

Quand on a eu l'honneur d'assister pendant cinquante ans à l'évolution des mœurs professionnelles, on a remarqué bien des changements.

Qui est-ce qui croyait encore à la contagion des maladies, il y a cinquante ans ? Qui ?... Quelques modestes praticiens de province qui n'osaient pas dire tout haut ce qu'ils pensaient, quelques médecins attardés qui avaient plus confiance dans la simple observation que dans des raisonnements ou des démonstrations scientifiques. A coup sûr, la plupart des grands artistes de la capitale de ce temps-là n'y croyaient pas.

Une commission de l'Académie de médecine envoyée à Barcelone pour y étudier la fièvre jaune, s'en revint déclarant que cette peste n'était pas contagieuse. L'esprit de système avait évidemment inspiré leur rapport.

La fièvre typhoïde, et, à plus forte raison, la phthisie, étaient considérées comme des états morbides spéciaux, si l'on veut, mais dont le germe, éclos dans un organisme individuel, s'y développait et s'y finissait.

Tous les vrais savants étaient opposés carrément à l'idée de contagion.

Aujourd'hui, c'est tout le contraire. Si les doctrinaires de 1840 excommuniaient quiconque osait croire à la petite bête, ceux d'à présent prétendent bien nous imposer une croyance contraire. Toute maladie doit procéder d'une maladie semblable ; autrement dit, un microbe ne peut provenir que d'un autre microbe : *omne vivum ex ovo.*

tion scientifique de la question commerciale, le médecin peut, dans ces ordonnances, prescrire le médicament sous son nom vulgaire et le pharmacien peut le fournir et le désigner sur ses registres sous sa synonymie scientifique.

Mais la commission estime qu'il serait à désirer que dans la nouvelle législation sur la pharmacie, qui est à l'étude au Parlement, on fixât d'une façon définitive cette question des marques commerciales au point de vue pharmaceutique et qu'on établit comment doivent procéder, dans ce cas, le médecin et le pharmacien. C'est pourquoi elle propose au vote de l'Académie une seconde conclusion que voici : L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de reviser la législation de la pharmacie.

Cette conclusion est adoptée.

Etiologie du tétanos.

M. *Trasbot* ne peut être rangé parmi les partisans de M. Verneuil ; il ne nie pas que la contagion soit possible, mais il attend pour y croire qu'elle soit prouvée. Or ce n'est encore qu'une hypothèse.

M. *Laborde* a signalé avec beaucoup de sens, au point de vue de la pathogénie du tétanos, une distinction préalable que n'ont pas faite les orateurs qui ont pris part à la discussion. Cette distinction est relative au phénomène convulsif à caractère tonique ou tétanique.

Or, ce phénomène se montre dans deux conditions expérimentales différentes. La première condition est la suivante. Une excitation mécanique, portée sur une surface sensitive périphérique, portée sur un nerf sensitif, ou sur le centre excito-moteur, provoque le phénomène tétanique ; le courant électrique est donc le type du tétanos expérimental. La seconde condition est la suivante : Le phénomène tétanique, au lieu d'être provoqué par un agent mécanique, peut être provoqué par un agent chimique. La strychnine est le type des agents de ce genre. C'est à cette seconde variété que doit être rapporté le tétanos microbien, surtout si l'on admet la doctrine qui tend à s'accréditer de plus en plus de l'action pathogénique des poisons solubles sécrétés par les microbes.

Dès lors on peut admettre que la détermination du tétanos est subordonnée à deux ordres de causes distinctes : 1° Conditions mécaniques ou physiques auxquelles ressortissent les cas de traumatisme accidentel ; 2° Conditions d'ordre chimique ou toxique, dans lesquelles rentreraient les cas de tétanos par intoxication microbienne, soit que le poison agisse au niveau de la porte d'entrée, et conséquemment par le mécanisme réflexe, soit qu'il se répande par absorption dans l'organisme et qu'il exerce directement son action sur les centres excito-moteurs.

De ces diverses considérations, il résulte que l'origine microbienne du tétanos ne saurait être seule et exclusivement invoquée, à supposer même que son intervention et son rôle soient définitivement démontrés.

M. *Lagneau* a recherché les renseignements que pouvait fournir la statistique relativement à la pathogénie du tétanos.

Bien que, dans un quart environ des cas de tétanos, les malades aient guéri, durant les neuf dernières années, dans le département de la Seine, le tétanos a fait périr une moyenne annuelle de 34 personnes. Les femmes entrent pour près d'un quart dans le nombre des malades. Or, il semble difficile d'admettre, pour la plupart de ces femmes, l'étiologie équine, de même que

---

Ces cascades scientifiques ne sont pas faites pour donner à l'art de guérir beaucoup de considération. Et si la tâche humanitaire que nous accomplissons n'assurait pas à notre caractère de médecin un certain respect, nous redeviendrions la risée des gens d'esprit.

C'est bien comique en effet l'effrayante légende du microbe.

***

Où est-il ? D'où provient-il ?

Car enfin, de *nihilo nihil* ; un microbe ne saurait s'engendrer tout seul. Il doit avoir un père quelque part. Un animalcule, pas plus qu'un éléphant, ne peut naître spontanément.

C'est acquis.

Or, le sol sur lequel nous marchons, l'air que nous respirons, les aliments que nous avalons renfermant des légions d'êtres atomistiques, d'organismes minuscules dont le rôle sur la santé des organismes supérieurs est à déterminer, qu'allons-nous devenir, mon Dieu ? L'eau de nos puits, de nos fontaines, de nos réservoirs étant un réceptacle de germes suspects, susceptibles de constituer chacun une espèce morbide, comment faire pour nous en préserver ? Comment fuir ces ennemis imperceptibles ? Comment nous soustraire à l'invasion de ce monde invisible ?.... Cuire tout ce que nous mangeons ? Mais la pitance se refroidissant, le microbe y reviendra. Stériliser nos boissons ? Désinfecter nos vêtements ? nos couteaux ? nos fourchettes ?.. Avec quoi ?

Quels tourments !

Pour copie conforme,

(*A suivre.*) Dr Perron.

— Nos lecteurs n'auront pas de peine à discerner dans le feuilleton de notre aimable confrère de Besançon la part qu'il convient de faire à la boutade et au paradoxe. S'il est permis de n'accepter qu'avec réserve les découvertes nouvelles en médecine, il serait vraiment puéril de vouloir contester leur réalité quand elles ont été contrôlées par tous les médecins les plus éclairés des Deux-Mondes.

Ailleurs que dans un feuilleton on n'aurait plus le droit de parler des *petites bêtes* pour désigner les microbes, cette *flore* cryptogamique d'une si extraordinaire richesse à laquelle tant de botanistes éminents consacrent depuis quelques années leurs études.

De tout temps les médecins se sont inquiétés de connaître la description et les propriétés des végétaux visibles à l'œil nu ; la pharmacologie et la toxicologie végétale sont, j'imagine, des branches utiles de la médecine ; la microbiologie, qui étudie les propriétés des végétaux microscopiques, ne saurait être moins utile ; la typhotoxine, sécrétée par le bacille typhique d'Eberth n'est pas un alcaloïde dont la connaissance soit plus négligeable que celle de l'atropine. P. L. G.

pour certains hommes (polisseurs, tourneurs, imprimeurs, cordonniers, sommeliers, marchands de vin, fruitiers...)

Le tétanos est exceptionnel dans la plupart des arrondissements de Paris. Cependant, 2 ou 3 décès tétaniques ont lieu presque chaque année dans les arrondissements des Gobelins, de Montmartre et de Ménilmontant. Les tétaniques sont plus nombreux en dehors de Paris, particulièrement dans les parties est et nord des arrondissement de Sceaux et de Saint-Denis, où l'on a signalé de nombreux cas de tétanos équin.

Il est difficile de dire s'il existe quelques relations morbides entre les différents cas de tétanos qui ont été signalés dans une même localité.

MÉDECINE PRATIQUE

La syphilis tertiaire des voies respiratoires.

Parmi les manifestations de la syphilis tertiaire, celles qui affectent l'appareil respiratoire présentent un grand intérêt, qu'elles doivent, les unes à leur gravité, les autres à la difficulté de leur diagnostic. Il y a cependant parmi elles une importante distinction à faire : si celles du larynx sont quelquefois graves pour la vie, et toujours pour l'existence sociale, elles sont en général assez faciles à diagnostiquer, et le plus souvent influencées par la thérapeutique d'une manière heureuse, d'abord parce qu'on y songe toujours ; ensuite parce qu'on peut les voir ; enfin parce qu'on peut leur appliquer un traitement local qui complète le traitement général. Il en va tout autrement pour les lésions syphilitiques de la trachée, des bronches et des poumons, auxquelles on ne songe pas souvent, qui sont toujours très difficiles à diagnostiquer, même quand on y songe, et qui sont trop souvent rebelles à la thérapeutique générale, la seule qu'on puisse leur opposer.

I

SYPHILIS TERTIAIRE DU LARYNX.

Les laryngopathies syphilitiques tertiaires sont fréquentes. On les a vu survenir de trois à trente ans, en moyenne de cinq à dix ans, après l'infection.

La localisation du syphilome sur le larynx est sans nul doute influencée par l'abus de la fonction vocale, (chanteurs, crieurs des rues, etc.) Les lésions du larynx succèdent rarement à celles du pharynx ; mais souvent elles se propagent vers la trachée et les bronches, de haut en bas, par une marche inverse de celle qu'affecte la tuberculose.

L'épiglotte et les cordes vocales inférieures, la région ventriculaire, puis les replis aryténo-épiglottiques sont par ordre de fréquence les parties le plus souvent lésées, d'après Sommerbrodt. Parmi les pièces du squelette cartilagineux, les aryténoïdes et le cricoïde sont les plus exposées.

Les symptômes subjectifs et fonctionnels qui peuvent faire soupçonner l'existence de lésions syphilitiques du larynx n'ont absolument rien de pathognomonique ; elles sont communes à toutes les laryngopathies ulcéreuses, en particulier à la phthisie et au cancer : raucité de la voix, à laquelle peut succéder l'aphonie, presque sans trouble respiratoire, — ce qui n'empêche pas certains syphilitiques atteints de sténose laryngée de passer quelquefois rapidement d'une respiration normale à l'état asphyxique, par suite de quelque complication ; — sifflement laryngé connu sous le nom de cornage, — toux, dont la fréquence et l'intensité diminuent au fur et à mesure que les lésions deviennent plus destructives, — expectoration d'abord muqueuse, puis muco-purulente, parfois fétide et gangreneuse, avec traces de sang, débris de tissus et de cartilages ; — douleur spontanée quelquefois nulle, mais constante à la pression ; dysphagie particulièrement douloureuse quand le bord de l'épiglotte et la partie postérieure des aryténoïdes sont ulcérés ; déglutition plus difficile pour les liquides que pour les solides.

L'ensemble de ces symptômes conduit naturellement à pratiquer l'examen laryngoscopique qui, dans l'état présent de nos mœurs médicales, ne peut guère être utilement fait que par un spécialiste. Déplorons une fois de plus à ce propos que l'instruction des étudiants soit si mal organisée dans nos facultés au point de vue de la technique des spécialités. Il est infiniment regrettable que l'immense majorité des docteurs n'ait jamais appris à manier un laryngoscope et un ophthalmoscope.

Nous n'insisterons donc pas sur les caractères des lésions qu'on peut voir dans le larynx d'un syphilitique tertiaire, suivant l'ancienneté de sa lésion. On peut constater successivement la gomme de volume très variable, l'ulcération à fond jaune avec petits points rougeâtres disséminés, avec relief des bords indurés ; plus tard les brides cicatricielles diversement disposées, déformant plus ou moins gravement l'organe selon leur siège et le rétrécissant, et quelquefois des végétations polypiformes, chéloïdiennes des cicatrices.

Empruntons à notre distingué collègue L. Jullien le tableau clinique, signes qui permettent de différencier les laryngopathies syphilitiques de celles qu'engendrent la tuberculose et le cancer.

Phthisie laryngée. — Siège des ulcérations sur les aryténoïdes où les crachats tuberculeux viennent séjourner et plus tard sur l'épiglotte, sur les cordes vocales inférieures. Ulcérations bourgeonnantes non taillées à pic. Bords tuméfiés en bourrelet. Saillie des glandes, hypérémie généralisée intense, de couleur hémorrhagique. — Crachats d'un caractère plus spumeux que ceux des syphilitiques. *Présence de bacilles de Koch.* — Ne se complique que d'œdème blanc ; blancheur du pharynx, blancheur du voile du palais — a été précédée de trachéites, de bronchites tenaces. — Autres signes de tuberculose dans les poumons, les testicules, la prostate, etc.

Cancer du larynx. — Siège presque constamment *à gauche* et sur la *corde vocale supérieure* à cause de la richesse en glandes et en follicules clos ou lymphatiques. Gros bourgeons brillants, saignant facilement. — Salivation toujours très abondante, dysphagie douloureuse, altération légère de la voix au début et plus tard aphonie, mais aphonie intermittente et dont le malade peut triompher momentanément au moyen de quelques efforts. Toux sonore, bruit de cornage rude et râpeux pathognomonique, adénite cervicale à peu près constante, affection rare, plus fréquente chez l'homme, apanage de l'âge mûr.

Malgré la valeur que présentent plusieurs des signes et symptômes énumérés ci-dessus, l'exem-

ple retentissant des difficultés de diagnostic qui ont mis aux prises les laryngologistes d'outre-Rhin et d'outre-Manche à propos du pauvre Frédéric III est encore trop récent pour qu'il soit possible d'y ajouter une absolue confiance.

Il arrive de temps en temps que l'examen laryngoscopique soit rendu impossible au moment où le malade consulte pour la première fois, par suite d'une complication très importante, la diffusion séreuse du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx connue sous le nom d'*œdème glottique*, bien que les lésions œdémateuses ne siègent qu'exceptionnellement au niveau même de la glotte. On a distingué deux formes de cette infiltration séreuse : suivant qu'elle survient lentement comme conséquence d'une fluxion collatérale ou d'une compression veineuse par quelque complication inflammatoire périlaryngienne (œdème blanc) — ou qu'elle apparaît brusquement, provoquée par l'impression du froid, par un abus de la fonction vocale (œdème rouge).

Le siège prédominant de l'œdème peut être en partie déduit du mode respiratoire ; quand il occupe surtout les replis aryténo-épiglottiques, l'inspiration est sifflante, gémissante, mais l'expiration silencieuse. Celle-ci devient également bruyante, quand l'œdème occupe la cavité même du larynx. Le danger d'asphyxie est plus imminent dans ce second cas et les indications thérapeutiques différentes ; car on peut quelquefois avoir raison de l'œdème, des replis aryténo-épiglottiques par des attouchements avec des topiques astringents, tandis que la trachéotomie seule peut préserver d'une mort prochaine l'individu atteint d'œdème de la cavité même du larynx.

Outre l'œdème sous-muqueux, les lésions syphilitiques ulcéreuses du larynx peuvent provoquer, surtout si elles ont nécrosé les cartilages et détruit leurs articulations, des *abcès péri-laryngiens* et même un *phlegmon* considérable *du cou*. M. Mauriac, qui a consacré au phlegmon péri-laryngien une étude spéciale, lui assigne comme caractères la tuméfaction, l'empâtement de la région antérieure du cou, puis la fluctuation à ce niveau, l'immobilité du larynx, la vive sensibilité et la rougeur des téguments. Malgré leur apparence si inflammatoire, ces abcès n'évoluent quelquefois qu'avec lenteur, ils peuvent se résorber si l'état général du malade s'améliore, ils peuvent ulcérer spontanément la peau et donner lieu à des fistules persistantes avec décollements profonds ; ils engendrent souvent par compression l'œdème glottique.

Un point particulièrement digne d'attention dans la marche des laryngopathies syphilitiques tertiaires, c'est la brusquerie avec laquelle la vie du malade peut être compromise par un *accès de suffocation* au milieu d'un état dont la chronicité insidieuse paraissait assez rassurante.

Les auteurs compétents nous apprennent que l'accès de suffocation peut être alors causé par la chute dans la trachée de quelque fragment de cartilage nécrosé si le malade est dans la période ulcéro-nécrosique.

Dans la période de sténose cicatricielle, le mécanisme est autre ; par suite de la rétraction graduelle des tissus de cicatrice, l'étroitesse du larynx est devenue considérable, mais le malade s'y est accoutumé peu à peu et, quand il ne fait aucun effort, l'air passe en quantité suffisante pour qu'il puisse respirer ; mais, si une fluxion subite résultant du froid ou un spasme glottique par effort inusité vient se surajouter, l'insuffisance respiratoire est d'emblée complète : alors on peut voir le malade tomber sans connaissance, cyanosé, apnéique, foudroyé au milieu de ses occupations, comme par un ictus apoplectique ou épileptique.

Le seul remède en pareil cas est une trachéotomie d'urgence, mais l'ignorance où les assistants sont ordinairement de la vraie cause des accidents fait qu'ils laissent succomber le laryngopathe. Quand l'accès de suffocation n'est pas aussi intense d'emblée et qu'un médecin au courant des antécédents du malade a le temps d'intervenir, la trachéotomie le ressuscite ; mais les accidents de sténose peuvent reparaître ultérieurement et Thornton a observé un homme qui subit 4 fois la trachéotomie pour une laryngite syphilitique ulcéreuse.

Parmi les dangers des laryngopathies syphilitiques ulcéreuses, il faut signaler l'auto-infection des voies respiratoires profondes (pneumonies putrides) et la cachexie graduelle par auto-intoxication sanguine ou digestive.

La THÉRAPEUTIQUE à opposer aux laryngopathies tertiaires comprend :

1° Un *traitement général* par l'iodure de potassium ou de sodium à dose suffisante dès que le diagnostic est fait, et par les toniques, les antiseptiques s'il existe de l'intoxication à la période ulcéreuse.

2° Un *traitement local* : pour combattre la douleur, attouchements avec une solution de morphine ou de cocaïne dans la glycérine, — pour réaliser l'antisepsie, attouchements avec solutions de nitrate acide de mercure (1/100), de chlorure de zinc (1/50), pulvérisations avec

Bi-iodure de mercure.......	1 gramme.
Iodure de potassium.......	1 —
Eau........................	1000

Une ou deux fois par jour pendant un quart d'heure.

L'œdème des replis aryténo-épiglottiques peut être quelquefois enrayé par des attouchements avec une solution concentrée d'acide chromique (1/4, 1/2).

La révulsion sur les parties *latérales* du cou avec vésicatoires, pointes de feu, peut être essayée quand les accidents dyspnéiques sont encore peu accentués ou marchent lentement ; mais il faut toujours respecter la partie antérieure du cou, afin de pouvoir, au premier accès de suffocation, pratiquer la trachéotomie.

Il nous reste à parler des lésions trachéo-bronchiques et pulmonaires que peut engendrer la syphilis tertiaire.

P. LE GENDRE.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'indemnité de maladie par l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels.

Le groupement médical, la concentration médicale, à l'évolution desquels nous assistons depuis quelques années, semble avoir, dans ces derniers temps, visé un autre but que celui de l'étude de certaines questions d'un ordre un peu trop

immatériel. Cette idée de la mutualité qui a fait la force et la fortune de tous les syndicats, qui a présidé à leur organisation, a dû, par certains côtés, toucher à des intérêts pratiques, palpables. L'assistance mutuelle, l'exercice de la solidarité n'ont pu limiter leur rôle à la défense d'intérêts exclusivement moraux. A côté des intérêts moraux se trouvent des intérêts matériels, qui ne doivent pas être sacrifiés aux premiers.

L'une des questions qui présentement semblent préoccuper surtout les Associations médicales touche à l'*assistance mutuelle en cas de maladie*.

Cette question est neuve pour nous ; elle ne l'est pas pour d'autres professions. Bien avant que les Associations syndicales se fussent imposées et fussent reconnues, les Sociétés de secours mutuels avaient surgi et s'étaient développées autour de nous. Des groupes s'étaient formés, d'hommes habitant la même ville, ou ayant la même profession, et avec l'autorisation de l'Etat ils avaient formé des caisses de secours mutuels, spécialement destinées à assurer, pendant la maladie, les secours nécessaires aux membres qui en faisaient partie. Ces sociétés de secours mutuels ont été, même pendant l'empire, non seulement autorisées, mais encouragées, favorisées, parfois même subventionnées par l'Etat.

Le Corps médical semblait être resté en dehors de cette évolution. Cependant, le dernier congrès professionnel eut, malgré les faibles résultats atteints, l'avantage de maintenir le groupement médical et de provoquer la création d'une Association de Prévoyance et de Secours mutuels, Association qui, depuis cette époque, n'a cessé de se développer. Il existe donc, depuis 28 ans, une Association médicale de Prévoyance et de Secours mutuels. Je dis Société de secours mutuels, bien que le titre ne réponde pas tout à fait à la chose.

En effet, jusqu'à ces derniers temps, il n'existait pas en France d'association médicale, assurant à ses membres, *en cas de maladie*, des secours suivis. Plusieurs de nos confrères se sont émus de cet état de choses et ont voulu combler cette lacune regrettable. C'est mû par ces sentiments d'assistance mutuelle que le Dr Lagoguey a réussi à fonder à Paris une Association de secours mutuels en cas de maladie, qui dès à présent compte un nombre respectable de membres et dont la vitalité s'affirme chaque jour. C'est dans le même esprit que notre confrère et ami le Dr Lécuyer, de Beaurieux, avait à la dernière Assemblée de l'Union des Syndicats médicaux de France, demandé la création d'une Caisse médicale d'assistance en cas de maladie. Une Association analogue fonctionne actuellement et très régulièrement dans l'Aisne. Or, une Association de ce genre n'est autre qu'une société de secours mutuels. Le Directeur du Concours médical, l'honorable Dr Cézilly, l'a compris et s'est demandé si, pour arriver au résultat désiré, voulu par nous tous, il était nécessaire de provoquer une nouvelle concentration médicale.

L'Association de Prévoyance et de secours des Médecins de France est-elle une société de secours mutuels ? Evidemment, puisqu'elle en a le titre.

Avant d'aller plus loin, il est utile de rechercher quelles sont les obligations de toutes les sociétés de secours mutuels, médicales ou non. Il n'est aucun d'entre nous qui ne sache bien, et quelquefois à ses dépens, que parmi les attributions des sociétés de secours mutuels, celle qui prime les autres consiste à fournir à ses membres les secours médicaux ; puis viennent la fourniture des médicaments et la remise d'une indemnité quotidienne pendant les jours de maladie.

Or, l'Association de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France n'a jusqu'à cette heure rempli aucune de ces obligations. Nous sommes donc en droit de nous demander si, en s'intitulant Association de Secours mutuels et en se refusant à remplir les obligations qui incombent à toutes les autres sociétés de secours mutuels, cette Association médicale a fait tout son devoir. Nos réflexions ne se sont pas encore portées de ce côté, mais n'est-il pas probable que les nouvelles Associations qui chercheront à se fonder en vue de créer l'assistance mutuelle en cas de maladie auront pour effet d'amener la désertion d'un grand nombre de membres, qui estiment que les secours actuellement servis par l'Association de Prévoyance ne sont pas en rapport avec les besoins médicaux et les sacrifices consentis ? N'est-il pas probable qu'un grand nombre des membres actuels trouveront que l'Assistance de l'Association de Prévoyance est une assistance aléatoire et insuffisante, qui, dans tous les cas, rappelle l'idée de l'aumône et froisse, par le fait même bien des susceptibilités légitimes ?

Quel sera le confrère vieux et infirme, incapable de travailler et misérable, qui osera jamais dire à l'Association : « J'ai droit à la pension que vous me servez. » Non, cette pension, quel qu'en soit le chiffre, on la demande humblement, et je le répète, quand on l'a obtenue, on la considère encore et toujours, comme une aumône. Réduite à cette action, l'Association de Prévoyance est une association charitable, ou pour mieux dire de charité confraternelle. Elle est un bureau de bienfaisance. Elle n'est pas une société de secours mutuels. Elle n'y ressemble en aucune façon.

Quelle est celle de ces sociétés qui aurait pu, en 28 ans, capitaliser deux millions ? Quelle est celle de ces sociétés qui songe à n'utiliser que ses rentes, et qui, comme seule ambition, a celle d'augmenter son capital pour augmenter ses revenus. Dans les autres sociétés, le but que l'on se propose d'atteindre est d'équilibrer le budget après avoir satisfait à toutes les dépenses obligatoires. Les fonds centralisés ont une autre destination que celle de former un capital de réserve dont les revenus seuls doivent être attribués aux membres de la société. La Société de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France n'est donc pas, au pied de la lettre, une société de secours mutuels. Nous demandons qu'elle le soit et c'est à atteindre ce résultat que tendent nos efforts collectifs.

Il est un fait indéniable, c'est qu'en définitive les 2 millions colligés par la Société de Prévoyance sont le produit des cotisations des sociétaires qui, depuis 28 ans, versent annuellement à la caisse. J'en distrais, pour le moment, les quelques centaines de mille francs qui

sont le fruit de donations diverses, et qui ont été accueillies avec reconnaissance. Il n'en est pas moins vrai que 12 ou 1,500,000 francs au moins sont, dans ce total, le produit des cotisations annuelles de la génération médicale actuelle. Et l'on ne peut songer, sans en gémir, aux secours que l'Association aurait pu, l'on pourrait dire aurait dû distribuer à des confrères adhérents malades si la préoccupation principale et primordiale de cette Association n'avait été de thésauriser sans trêve ni merci.

C'est cette préoccupation qui actuellement encore domine la situation. Deux millions ne suffisent pas. La génération médicale qui va nous suivre aura pour devoir d'entasser deux autres nouveaux millions. Et quand ce chiffre sera atteint, la tâche de la génération qui suivra sera toujours la même. Plus le capital sera considérable, plus les revenus seront importants, et ce n'est que lorsque les revenus seront suffisants que l'on pourra soulager efficacement les misères médicales. Dans cent ans, les médecins de l'Association de Prévoyance et de Secours mutuels devront bénir leurs devanciers. « *Carpent poma nostra nepotes.* »

Ce n'est pas là le rôle d'une Société de Secours mutuels.

Dans toutes les sociétés de ce genre, les membres versant régulièrement leurs cotisations *ont droit* aux secours médicaux, aux médicaments, à une indemnité quotidienne (pendant la maladie) proportionnelle au chiffre de la cotisation. L'assistance des infirmes, des veuves ou des vieillards est, dans ces Associations, une œuvre secondaire, qui ne peut être établie que lorsque les premières obligations étant remplies, les ressources le permettent. L'Association de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France a pris l'accessoire pour le principal ; elle a négligé de remplir la première partie du programme, et elle n'a voulu consacrer à la seconde que les revenus des sommes dont le capital lui-même devait, pour la plus large part, être affecté à l'œuvre.

A cette heure, on possède deux millions, on en veut quatre. Et bien ! à notre avis, ce n'est pas le but à atteindre. Ce n'est pas ainsi que la question doit se poser. Vous ne pouvez sortir de ce dilemme : ou vous êtes une Société de Secours mutuels, et alors vous avez, comme toutes les autres Sociétés de Secours mutuels de France, vis-à-vis des sociétaires qui versent régulièrement leurs cotisations, des engagements à remplir. (Ces engagements se traduisent par ces deux mots : *l'indemnité-maladie*), ou vous êtes une institution de bienfaisance, de charité, et alors vous ne devez plus vous appeler une Société de Secours mutuels, et riches comme vous l'êtes, vos aumônes sont mesquines, elles sont indignes de vous, indignes de ceux qui se trouvent dans la triste obligation de venir tendre la main, d'implorer votre aumône, alors qu'avant d'être tombés dans la misère, ils ont contribué pour leur quote-part à la prospérité de l'Association.

Nous estimons que votre capital de réserve est, dès à présent, suffisant. Vous formez une société riche et puissante. Nous tous, qui depuis dix, quinze ou vingt ans, sommes des membres participants, nous qui depuis dix, quinze ou vingt ans, avons concouru à l'édification de cette fortune, sans jamais rien demander, nous pensons que votre devoir, en tant que société de secours mutuels, est d'accepter les obligations de toutes les autres sociétés de secours mutuels de France.

Vous allez, du même coup, provoquer des adhésions nouvelles.

Et vos charges sont si légères !

En effet, l'Association de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France se trouvera, même en servant à ses membres participants l'indemnité-maladie, dans des conditions exceptionnelles, bien supérieures à celles des autres sociétés de secours mutuels, qui toutes doivent répondre à trois espèces d'obligations :

1° Les secours médicaux ;

2° La fourniture des médicaments ;

3° L'indemnité quotidienne, proportionnelle au chiffre de la cotisation.

Dans les autres sociétés de secours mutuels, l'assistance médicale grève toujours le budget dans une assez large proportion. Ici, non ; les soins de collègue à collègue, de médecin à médecin sont gratuits. Il en est presque de même pour la fourniture des médicaments. Généralement, nous soignons les pharmaciens à titre gracieux. En revanche, ils nous délivrent les médicaments à prix coûtant. Une Association médicale de Secours mutuels fera donc, de ce chef, des économies très appréciables.

Reste l'indemnité quotidienne. A cet égard, la statistique a prouvé que, même en subissant les dépenses nécessitées par les soins des médecins et la fourniture des médicaments, on pouvait délivrer aux sociétaires une indemnité quotidienne équivalente au sixième de la cotisation annuelle. Un membre, versant douze francs par an, devrait avoir droit à une indemnité quotidienne de deux francs. C'est cette base que nous demandons à notre société de secours mutuels d'accepter. Les membres qui verseraient une cotisation annuelle de soixante francs auraient droit à une indemnité quotidienne de six francs (1). Dès à présent, nous pouvons affirmer que, tout en remplissant ce rôle effectif de société de secours mutuels, l'Association ne verrait pas ses finances péricliter. Son capital s'accroîtrait encore. Parmi nous, il en est beaucoup (l'immense majorité, je suis heureux de le constater), qui, tout en versant la cotisation annuelle de douze francs, négligeraient certainement de réclamer l'indemnité quotidienne de deux francs, s'ils se trouvaient au lit, cloués par un accès de goutte ou pris d'un accès de fièvre. Ceux qui demanderont ce secours, auquel ils auront *droit*, sont exclusivement ceux qui, sans ressource personnelle, sans économie, ne vivent et ne peuvent vivre que de leur travail quotidien. Ceux d'entre les sociétaires qui réclameront l'indemnité-maladie ne seront que les besoigneux, ceux qui côtoient la misère et qui deviennent en effet malheureux et misérables aussitôt qu'ils cessent d'être valides. Et l'on refuserait à ces membres, pour lesquels le versement de la cotisation annuelle constitue un sacrifice

(1) Nous espérons pouvoir démontrer bientôt, avec documents à l'appui, que la cotisation à réclamer est loin de s'élever à la somme annuelle de 60 fr. A. C.

quelquefois très lourd, de les soutenir et de les faire vivre, quand la maladie les met dans l'impossibilité de travailler. Et cette Association dont ils feront partie, en qualité de membres payants, cette Association qu'ils auront enrichie de leurs deniers, et qui ne leur donnera pas le plus petit secours quand ils seront malades, s'appellerait une société de secours mutuels. Secours mutuels! ai-je dit ; mais ce serait un non-sens.

Cette importante question sera soumise à la discussion lors de notre réunion de mai. Elle est de même inscrite à l'ordre du jour du Congrès professionnel qui doit se tenir cette année. Il était utile de faire connaître à nos collègues quelles étaient les propositions présentées par le Dr Cézilly à la dernière Assemblée de l'Union des Syndicats médicaux de France et qui ont été unanimement acclamées.

Avant de résumer en quelques mots les considérations que je viens de développer et de soumettre à l'appréciation de nos lecteurs les opinions du Dr Cézilly, auxquelles personnellement nous nous rallions sans la moindre hésitation, nous tenons à réfuter une objection qui peut être faite à cette proposition, et qui peut se réfuter en deux mots : Il y aura des abus. Ma conviction intime est qu'il n'y en aura pas. En effet, tout confrère qui serait tenté de réclamer un supplément d'indemnité auquel il n'aurait pas droit devra trouver un complice. C'est, à y regarder de près, le collègue appelé, qui aura constaté l'incapacité de travail, sa durée probable et fixé le moment de la reprise, qui assumera, par le fait, cette responsabilité. Il y a dans ce mode de procéder, une garantie de premier ordre. D'autre part, en admettant que dans les autres Sociétés de Secours mutuels il se produise quelques abus, ces abus n'en sont pas moins rares et ne compromettent pas le fonctionnement de la Société. Pourquoi ce qui est possible pour les autres sociétés de secours mutuels, ne le serait-il pas pour une association médicale ? Nous pouvons dire hautement, et sans crainte d'être contredits, que le niveau moral d'une association purement médicale ne sera pas inférieur à celui d'autres sociétés, qui comptent dans leurs rangs des hommes de professions diverses.

Il ne faut donc pas croire que la possibilité (bien problématique) de certains abus puisse être un empêchement à la réalisation du projet que nous discutons et que nous résumerons en ces quelques lignes :

« L'assurance mutuelle contre la maladie répond « à un besoin du corps médical.

« Pour atteindre ce but il ne nous semble pas nécessaire de provoquer un nouveau groupement, « une nouvelle concentration médicale. L'Association de Prévoyance et de Secours mutuels des « Médecins de France, qui a pour but de procurer « (Art. 6 des Statuts) des secours à ceux de ses « sociétaires que l'âge, les infirmités, la maladie, « des malheurs immérités réduisent à un état de « détresse a le devoir de satisfaire à ces exigences « professionnelles.

« Cette importante question sera étudiée par les « sociétés locales et le congrès. Dès à présent, on « doit admettre que le capital-réserve de l'Association de Prévoyance est suffisant, que la plus « grande partie des cotisations annuelles doit être « réservée à assurer aux membres participants « l'indemnité-maladie.

« En un mot, il y a lieu de demander que l'Association de Prévoyance et de Secours mutuels « devienne effectivement une Société de Secours « mutuels, dans la véritable acception du mot.

Dr Lardier.

Cessions de clientèles.

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

Monsieur et très honoré confrère,

Voudriez-vous avoir l'obligeance, dans l'intérêt des confrères qui, comme moi, ont eu à traiter des questions de cession de clientèle, de faire savoir à ceux qui demandent des renseignements que, lorsqu'ils les ont reçus, il serait convenable qu'ils répondissent pour dire la suite négative qu'ils donnent à l'affaire, quand tel est le cas.

De la sorte ils éviteraient des retards et une atteinte préjudiciable au cédant, qui pendant ce temps, ne peut entamer, avec d'autres, des pourparlers et ne peut que les prier d'attendre eux-mêmes.

Aux diverses demandes de renseignements donnés, je n'ai reçu *qu'une seule réponse de ce genre* et encore je dois dire qu'elle émanait de la *femme* de l'un d'eux absent. Je comprends très bien que les renseignements donnés peuvent faire renoncer à poursuivre l'affaire ; ce que je comprends moins, c'est que l'on ne daigne même pas en informer le cédant.

Il me semble même que le médecin qui a reçu des détails sur une clientèle à céder et qui n'en use pas, devrait par *délicatesse* les retourner à leur auteur. Or rien de pareil ne m'est arrivé.

Que dire aussi du confrère qui, après s'être fait donner toute espèce de renseignements, ne pouvant amener une transaction dans les conditions qu'il désire, déclare, le fait m'est arrivé, qu'il conserve toute liberté pour aller s'installer à côté du confrère avec qui il a été en pourparlers, et conserve (dans ce but peut-être) tout un dossier de renseignements qu'il s'est fait adresser, au lieu de les retourner à leur auteur. Sans cette offre de cession il n'eût jamais connu le poste en question ; le connaissant par suite de cette offre, il trouve loyal de les utiliser pour venir faire, s'il lui plaît, concurrence à celui qui les donnait, non à un concurrent en perspective, mais à un successeur !

La publication de cette lettre, avec votre avis sur tout cela, ne serait peut-être pas sans utilité.

Salutations confraternelles.

Dr B.

—Nous sommes d'avis qu'un médecin qui a demandé et reçu des renseignements, doit prendre la peine de répondre. Il est évident qu'il ne peut en faire usage en cas de non entente.

A. C.

Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français.

Siège social : PARIS, 22, place Saint-Georges, 22, PARIS.

Monsieur et très honoré Confrère,

L'Assemblée générale annuelle des membres de la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français* aura lieu à Paris du **11 au 14 Juin prochain,** époque de la réunion du Congrès des Sociétés savantes. En vous faisant dési-

gner comme délégué de l'une des Sociétés savantes dont vous faites partie, vous pourrez profiter d'une réduction de 50 0/0 sur le prix du voyage à Paris. (Délai de rigueur : 5 *Mai.*)

Une convocation spéciale vous indiquera la date exacte et l'ordre du jour de notre Assemblée.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, la nouvelle expression de mes sentiments dévoués.

Le secrétaire général,

LANDE.

CORRESPONDANCE

Injections de morphine dans la hernie étranglée.

Le 15 janvier de cette année, j'ai été appelé, vers 4 heures du soir, auprès d'un homme de 48 ans environ, porteur depuis cinq ans d'une hernie crurale droite non contenue par un bandage et qui rentrait facilement. Depuis 24 heures la hernie était sortie à la suite de violentes quintes de toux et le malade n'avait pu en opérer la réduction. Vomissements fréquents depuis le matin. Un taxis très modéré provoque de vives douleurs. J'injecte à la partie supérieure de la cuisse droite quinze milligrammes de chlorhydrate de morphine ; au bout de dix minutes, je fais rentrer la moitié de la hernie, je fais une deuxième injection de un centigramme, et cinq minutes après la réduction se faisait avec la plus grande facilité.

Depuis, j'ai revu souvent cet homme et son état est aussi satisfaisant que possible.

Le procédé des injections sous-cutanées m'a rendu de nombreux services. Nous sommes souvent appelés à la campagne, parfois à de grandes distances, sans savoir de quoi il s'agit. Nombre de nos clients considèrent comme chose honteuse d'être affligés d'une hernie ; ils l'avouent difficilement et nous sommes parfois obligés de le deviner. S'il faut opérer, il y a toujours un retard considérable et quand l'opération est acceptée, elle est le plus souvent faite in extremis et dans des conditions déplorables. Que l'on opère dans les villes où l'on a tout sous la main, je le comprends, mais pour les praticiens des campagnes, la méthode du Dr Philippe présentera toujours des avantages incontestables.

Terrasson, 18 avril 1889.

L. LOMBARD.

A propos de la suette.

Monsieur et très honoré confrère, voulez-vous me permettre quelques réflexions à propos de l'article paru dans votre estimable journal sur une forme de suette miliaire, par le Dr Combaud, page 55.

Cette affection non décrite en effet par les auteurs modernes, ou confondue avec l'hyperhydrose ou le rhumatisme sudoral, est connue depuis bien longtemps dans notre pays sous le nom patois de *morfundement*, donné probablement par quelque ancien médecin. En français, morfendure, est un terme usité en médecine vétérinaire ; maladie des chevaux qui ont été saisis de froid, ou par une forte pluie après avoir eu chaud.

Je n'ai rien à ajouter à la description si complète de cette affection par le docteur Combaud.

Dans la très grande majorité des cas, elle reconnaît pour cause, dans notre contrée du moins, un violent refroidissement le corps étant en sueur.

Cette suette n'est ni contagieuse ni impaludique, et n'a, à ma connaissance, occasionné aucun décès.

L'agaric, l'atropine et le sulfate de quinine se sont toujours montrés impuissants.

Je recommande expressément à nos malades de se couvrir pendant le stade de froid, de se découvrir aussitôt la période de chaleur arrivée et de faire des frictions sèches sur le corps pour empêcher le refroidissement pendant la sueur.

Cette affection étant, comme pour mon distingué confrère, sous la dépendance d'une congestion des centres sudoraux, du myélocéphale, par l'intermédiaire du grand sympathique, je donne depuis quelques années de 2 à 3 grammes de bromure de potassium en quatre paquets, de préférence un toutes les six heures.

Je n'ai qu'à me louer de ce traitement, à la condition, je le répète, qu'on découvre le malade à la période de chaleur.

Quant à sa nature microbienne, je laisse à d'autres plus autorisés le mérite de s'aventurer sur un terrain si brûlant.

Veuillez agréer, etc.

Souillac (Lot), le 17 avril 1889.

MAGNET.

VARIÉTÉ

Un vomitif révélateur.

Le 20 février dernier je suis appelé en *toute* hâte à l'hôtel du Nord pour un accident grave, me dit-on. Je suis reçu par un monsieur qui me dit : Docteur, voyez vite cette malade qui vient de s'empoisonner avec ces 2 fioles de laudanum. Il me montra en même temps une jeune personne, fort jolie, étendue sur le lit, à demi-vêtue, se cachant la figure dans son mouchoir, gémissant et sanglotant. D'après ce qui me fut dit, la quantité de laudanum absorbée pouvait être évaluée à 40 gr. environ ; il y avait à peine un quart d'heure de cela ; immédiatement j'envoyai prendre un vomitif chez le pharmacien voisin et en attendant j'engageai la malade à boire de l'eau tiède en grande quantité. Elle s'y refusa complètement, me déclarant qu'elle ne prendrait rien. Sur ces entrefaites on apporta le vomitif que je voulus administrer moi-même, mais malgré toutes mes instances, celles de son compagnon, il nous fut impossible de rien obtenir. Le temps pressait, l'absorption devait se faire et des accidents graves ne devaient pas tarder à se produire. Je dis alors au mari, ou présumé tel, que nous pouvions donner un vomitif à la malade sans qu'elle s'en doutât. Avec son assentiment et même ses prières, je fis chercher une solution d'apomorphine dont j'injectai environ 2 centigrammes, au gras du bras. Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées que la malade est prise de nausées, puis de vomissements abondants de matières alimentaires mal digérées. Le dernier repas avait eu lieu trois heures auparavant, me dit-on. Examinées avec soin ces matières n'avaient ni la coloration ni l'odeur ca-

ractéristique du laudanum. Le Monsieur m'en fit la remarque ; mais je lui dis qu'il avait sans doute été *transformé*, ce qui lui avait fait perdre ses caractères. Je le rassurai alors sur les conséquences de l'accident, conseillant d'administrer une infusion aromatique. On me fit mander de nouveau dans la soirée, pour calmer les vomissements trop persistants et très pénibles.

La malade me regarda avec des yeux foudroyants, me demandant de la soulager. Une potion calmante procura un sommeil tranquille et le lendemain matin la malade me serra la main, sans dire un mot.

Ainsi finit la comédie.

Dr Maurel.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès internationaux d'ordre médical. — Soixante-neuf Congrès internationaux seront tenus au Champ de Mars, au cours de l'Exposition prochaine. On vient de fixer définitivement la date et la durée de cinquante-quatre d'entre eux. Voici ceux qui intéressent les médecins.

Congrès : pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme, du 29 au 31 juillet ; d'assistance publique, du 28 juillet au 4 août ; de chimie, du 29 juillet au 3 août ; de thérapeutique, du 1er au 5 août ; d'hygiène et de démographie, du 4 au 11 août ; de dermatologie et de syphiligraphie, du 5 au 10 août ; de médecine mentale, du 5 au 10 août ; d'anthropologie criminelle, du 10 au 17 août : dentaire, du 1er au 7 septembre ; d'otologie et de laryngologie, du 16 au 21 septembre ; d'hydrologie et de climatologie, du 3 au 10 octobre.

Interdiction de la médecine civile aux officiers de santé de la marine. — Le ministre de la marine vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les préfets maritimes : « Un grand nombre de médecins civils de Toulon viennent de m'adresser de nouvelles plaintes sur la concurrence que continueraient à leur faire, dans la clientèle civile, certains officiers du corps de santé en service à Toulon. Je vous prie de tenir strictement la main à ce qu'aucun des officiers du corps de santé ne paie patente et ne tienne en ville de cabinet de consultation.

« Vous voudrez bien, en outre, faire connaître aux médecins de la marine du port de Toulon que, dans le cas où l'un d'eux serait l'objet de nouvelles plaintes à cet égard et ne se renfermerait pas scrupuleusement dans les fonctions de son grade, je n'hésiterais pas à le déplacer immédiatement. »

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Brettemieux, de Roubaix, présenté par M. le Directeur.

M. le Dr Imbert, de Franconville, présenté par M. le docteur Bibard, de Pontoise.

NOUVELLES

Congrès d'hygiène et de Démographie. — Questions proposées par le Comité d'organisation. — *Mesures d'ordre législatif, administratif et médical prises dans les divers pays pour la protection de la santé et de la vie de la première enfance.* — Rapporteurs : MM. le docteur Landouzy, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Paris ; et le docteur H. Napias, inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'intérieur.

2. *De l'enlèvement et de l'utilisation des détritus solides (fumiers, boues, gadoues, débris de cuisine, etc.) dans les villes et dans les campagnes.* — Rapporteurs : MM. du Mesnil, membre de la Commission des logements insalubres de la ville de Paris, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène ; et Journet, ingénieur des ponts et chaussées, attaché à la direction des travaux de Paris.

3. *Régime et distribution de la température dans l'habitation.* — Rapporteurs : MM. Emile Trélat, directeur de l'Ecole spéciale d'architecture ; et Somasco, ingénieur.

4. *Action du sol sur les germes pathogènes.* — Rapporteurs, M. le docteur Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; et M. le docteur Richard, médecin-major, membre du Comité consultatif d'hygiène.

5. *Protection des cours d'eau et des nappes souterraines contre la pollution par les résidus industriels.* — Rapporteur : M. le docteur J. Arnould, médecin inspecteur de l'armée, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; et le docteur A.-J. Martin, membre du Comité consultatif d'hygiène.

6. *De l'assainissement des ports.* — Rapporteur : M. le docteur A. Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de Paris, inspecteur général des services sanitaires, etc.

7. *Accidents causés par les substances alimentaires d'origine animale contenant des alcaloïdes toxiques.* — Rapporteurs : MM. P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Pouchet, membre du Comité consultatif d'hygiène ; et le docteur Loys.

8. *De la statistique des causes de décès dans les villes.* — Rapporteur : le docteur J. Bertillon, chef du service démographique de la ville de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, etc.

Nous sommes à la disposition des membres du *Concours* pour les présenter comme participants de la Société d'Hygiène et de Médecine publique.

Siège social, 28, rue Serpente. Ecrire à M. Napias, secrétaire général.

Nouveau Journal. — Nous annonçons à nos lecteurs l'apparition d'une nouvelle revue intitulée : *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, et dirigée par le docteur Henri Fournier, avec la collaboration de MM. Buchin, Buret, Gaudin, Renouard (de Paris), Lasalle (de Montpellier), Martin du Magny (de Bordeaux), Schnell (de Marseille), Alfred Cooper et Hugh Roberts (de Londres), Von Duering (de Hambourg), Pauly (de Wiesbaden), Luzor (de Port-Louis), etc., etc. Cette publication aura un caractère essentiellement pratique et son but sera de populariser en quelque sorte la dermatologie et la syphiligraphie. Aussi sommes-nous heureux de souhaiter la bienvenue à notre nouveau confrère. Administration : 60, rue Miromesnil, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

La *Phtisie du Larynx*, à Cauterets. — Pau, Cazaux, 1889, in-12, 1 fr., par le Dr H. Guinier, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

AJOURNEMENT DU CONGRÈS MÉDICAL PROFESSIONNEL DE 1889

Chers confrères,

Nous avons, aujourd'hui, une excellente nouvelle à vous apprendre, nous voulons vous en faire part sans tarder.

Sur la proposition de l'*Association des médecins de l'Oise*, appuyée par les Sociétés de la *Gironde*, des *Vosges*, de l'*Aisne*, de la *Sarthe*, etc., l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*, a pris, dans sa séance du lundi 13 courant et à la grande majorité des membres de son conseil général et des délégués, une décision qui l'obligera, si l'étude à laquelle elle va se livrer en démontre la possibilité, comme nous n'en doutons pas, à modifier profondément l'emploi de ses cotisations et de ses revenus pour délivrer à tous les membres de notre Société de secours mutuels, *l'indemnité en cas de maladie*.

En présence de cette grave détermination qui apporte la plus profonde modification aux errements de trente années, la *Commission du Congrès*, considérant que le point essentiel, capital du programme de ses futures délibérations, a reçu pleine satisfaction, a décidé qu'elle s'ajournait. Elle réserve ses déterminations ultérieures. Elle se décide à attendre les solutions proposées par les futurs rapporteurs du vœu sur *l'indemnité de maladie*, pour examiner selon la nature des décisions qui seront prises par l'*Association générale*, si elle doit intervenir de nouveau.

Les autres questions : *Syndicats*, *Revision de la législation*, *Lois d'intérêts sociaux*, *Assistance et Hygiène publiques*, vont être traitées par d'autres Congrès ; elles sont arrivées à maturité et n'étaient pour vous que le complément du Congrès.

La Commission a toujours déclaré qu'elle voulait faire œuvre d'intérêt général. Elle donne l'exemple de la discipline, qu'elle prêchait dans sa circulaire, en suspendant ses travaux jusqu'à ce que la nécessité de les reprendre lui soit démontrée.

Elle laisse donc l'Association accomplir la grande tâche qu'elle a acceptée. Elle conserve les nombreuses adhésions acquises et ne reprendrait en main la cause qu'elle voulait servir, que dans le cas où, contre son attente, les intérêts de la profession seraient méconnus.

La Commission du Congrès.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'Académie de médecine a terminé la *discussion sur le tétanos*. M. *Goubaux*, vétérinaire, a montré autant de répugnance que ses collègues à accepter les opinions contagionnistes de M. Verneuil. M. Verneuil, de son côté, a répliqué aux précédents orateurs et maintenu avec une entière conviction toutes les conclusions qu'il avait précédemment émises.

Traitement des abcès du foie.

M. *Chauvel* a eu à soigner, dans les hôpitaux militaires, des abcès du foie survenus en France chez des sujets évacués du Tonkin et de l'Algérie pour cause d'anémie profonde consécutive à la dysenterie. Après une amélioration passagère, sous l'influence du rapatriement, ces convalescents avaient eu bientôt des rechutes de dysenterie et de diarrhée, des accès fébriles quotidiens, des douleurs intercostales vagues ou localisées à la région hépatique ; on avait encore constaté la scapulalgie, l'anorexie et l'on avait été amené à diagnostiquer un abcès du foie que la ponction exploratrice avait confirmé.

Le traitement a été l'incision large et M. Chauvel formule ainsi les règles thérapeutiques des abcès du foie.

L'ouverture immédiate, directe, au bistouri, des abcès du foie ne présente pas de dangers au point de vue de la péritonite, si elle est pratiquée antiseptiquement.

L'ouverture doit être large, conduire directement dans le foyer. En raison du relèvement du foie après l'évacuation du liquide, il est bon de la faire aussi haute que possible ; si elle se rétrécit par le rapprochement des côtes, la résection de celles-ci peut être indiquée. Il est inutile et peut-être dangereux de suturer le foie à la plaie pariétale.

L'ouverture large doit être faite hâtivement, et des ponctions exploratrices sont nettement indiquées, sitôt qu'on soupçonne du pus.

Il est presque toujours impossible de reconnaître l'existence de foyers multiples assez sûrement pour rejeter l'intervention en présence d'une tumeur accessible. Dans ces conditions fâcheuses, l'incision large du foyer principal fait disparaître une des sources de la fièvre, elle favorise l'ouverture des foyers secondaires dans la cavité devenue vide, et si elle n'arrête pas la marche de l'affection, elle n'exerce sur son cours aucune influence nuisible.

Les abcès du lobe gauche paraissent plus graves ; ce qui peut s'expliquer par la possibilité d'une péricardite par propagation, et par la probabilité d'autres collections dans le volumineux lobe droit.

Transmission de la tuberculose de la mère au fœtus.

Voilà une question qui a suscité bien des recherches expérimentales et qui n'est pas encore tranchée. Pour le charbon, les expériences de Straus et Chamberland et d'autres après eux, avaient prouvé que le passage de la bactéridie peut s'effectuer à travers le placenta, surtout quand il y a des lésions des villosités placentaires.

Mais dans ce problème comme dans tous ce[ux] que soulève l'étude des microbes, il faut bien [se] garder de généraliser prématurément et d'attri[buer] à tous les microbes pathogènes ce que l'ex[pé]rience a démontré vrai à propos d'un seul. [Or] pour le bacille tuberculeux la question est [très] controversée.

M. Baumgarten a émis l'opinion que l'héré[dité] de la tuberculose ne consiste pas uniquem[ent] dans la transmission de la prédisposition à con[tracter] la maladie, mais dans la transmission au fœtus du germe tuberculeux lui-même ; ce germe n'évoluerait pas immédiatement après la nais[sance], mais serait susceptible de sommeiller et de demeurer latent pendant un temps parfois très long, comme cela s'observe dans la syphilis héréditaire tardive. MM. Landouzy et Hip. Mar[tin] ont publié des expériences qui viendraient à l'ap[pui] de cette manière de voir : des fragments d'or[ganes] sains en apparence, prélevés sur deux fœ[tus] humains nés de mères tuberculeuses, et d'un fœtus de cobaye provenant également d'une fe[melle] tuberculeuse ont été insérés dans le péri[toine] de cobayes qui moururent tuberculeux.

Des expériences analogues ont été faites dep[uis] avec le même résultat par M. Koubassof, ma[is] ces expériences ont été conduites d'une façon tr[op] superficielle pour pouvoir entraîner la convic[tion].

M. Koch, dans son mémoire sur la tuberculo[se] dit avoir observé un grand nombre de femelles [de] cobayes tuberculeuses et jamais il ne les a [vues] mettre bas des petits tuberculeux au moment [de] la naissance ou ultérieurement.

Récemment, M. Galtier a communiqué au Con[grès] de la tuberculose le résultat de neuf expé[riences] instituées de la façon suivante : neuf co[bayes] arrivées à une époque plus ou moins avan[cée] de la gestation sont inoculées de la tubercu[lose], les petits sont sacrifiés au moment de [la] naissance et des fragments de leurs organes ino[culés] à des cobayes sains ; aucun de ceux-ci [ne] contracta la tuberculose. On ne fut pas plus heu[reux] avec les organes d'un veau né avant terme d'une vache tuberculeuse.

Les faits de tuberculose congénitale bien et dû[ment] établis se comptent dans la science. Ce[ux] qui sont empruntés à l'espèce humaine prête[nt] tous plus ou moins à la critique. Pour l'espè[ce] bovine, il faut mentionner le cas si souvent cit[é] de Johne et les cas de MM. Malvoz et Brouwier ; dans le cas de Johne et dans les deux cas de MM. Malvoz et Brouwier l'examen histologique des or[ganes] des fœtus a permis de constater la présen[ce] des bacilles de Koch.

M. Sanchez Toledo a entrepris à son tour de[s] expériences sur ce sujet et leur nombre est impo[sant], puisqu'elles ont porté sur 35 femelles [de] cobayes pleines et 65 fœtus : or, *dans aucun c[as] M. Sanchez Toledo n'a pu constater le passa[ge] de la tuberculose de la mère au fœtus.*

La pyrodine et l'hydracétine (acétylphény[l] hydrazine).

Les nouveaux médicaments destinés à combat[tre] la douleur et la fièvre se succèdent dans les préoccupations des médecins qui s'occupent de thérapeutique. Peut-être, en entendant parler si souvent de nouveaux médicaments, beaucoup de nos lecteurs pensent-ils : toutes ces nouveautés ne me disent rien qui vaille. Nous leur répon[drons]

drons que leur scepticisme est légitime en général et qu'il serait téméraire de substituer couramment dans la pratique les nouveautés du jour aux substances qui ont fait leurs preuves depuis des siècles ou seulement dpuis quelques lustres. Mais il ne faut pas décourager les chercheurs ; car si, parmi tant de médicaments essayés, la plupart sont destinés à être abandonnés, il suffit que de temps en temps, il en demeure un véritablement utile pour légitimer ces recherches, et il ne faut pas plus les dédaigner que les ignorer. Quand de tant de substances en *ine* tirées de la série aromatique il ne devrait subsister que l'antipyrine et la phénacétine, le labeur des expérimentateurs depuis dix ans dans cet ordre de recherches n'aurait pas été perdu.

Aujourd'hui nous présentons au lecteur la *pyrodine* — ne pas confondre, malgré l'analogie du mot, avec la pyridine qu'a préconisée M. G. Sée contre l'asthme.

La pyrodine a été présentée l'an dernier comme un excellent antithermique par M. Dreschfeld (de Dorpat). M. *Georges Lemoine* (de Lille) vient de faire connaître à la Société de biologie le résultat de ses recherches sur ce nouveau corps.

La pyrodine est, d'après cet auteur, un antithermique très puissant donnant des résultats supérieurs aux médicaments du même ordre. Il l'a surtout employée dans la tuberculose pour combattre la fièvre qui accompagne la formation de foyers pneumoniques et celle de la granulie.

A la dose de 0 gr. 05, la pyrodine abaisse rapidement la température, qui tombe en moins d'une heure de 1° à 1° 1/2. Ce résultat se maintient à tel point, qu'il suffit de donner chaque jour à des tuberculeux une seule dose de 0.05 de pyrodine pour que leur courbe thermique oscille entre 37° et 37.8, au lieu de se maintenir entre 38.8 et 40°. Bien plus, cette action favorable *persiste pendant plusieurs jours*, alors même que l'usage de la pyrodine est suspendu, et ce n'est que graduellement, au bout de quatre à six jours, que la température remonte ; parfois même, l'amélioration dure plus longtemps encore.

Outre cette action antithermique, la pyrodine possède une puissante action analgésique. Elle procure au malade des journées de bien-être, pendant lesquelles tout malaise disparaît. Les névralgies, les douleurs d'épaules, les douleurs gastralgiques, si fréquentes chez les tuberculeux, disparaissent rapidement. Les sueurs nocturnes sont heureusement modifiées et le sommeil devient plus calme et plus prolongé. Elle coupe la migraine mieux que l'antipyrine.

A doses plus élevées, la pyrodine est toxique et on ne doit pas en donner plus de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 au maximum en une journée. Avec 0 gr. 25 on a des accidents de la plus haute gravité qui rappellent ceux qu'occasionne l'antifébrine : cyanose de la face et des extrémités, refroidissement des membres, abaissement de la température à 35°, sueurs extraordinairement abondantes, accélération, puis ralentissement et disparition presque complète du pouls et de la respiration, enfin, collapsus d'où on a beaucoup de peine à tirer le malade. Certains sujets présentent vis-à-vis de la pyrodine une susceptibilité particulière, qui doit engager le médecin à en surveiller attentivement l'emploi.

D'autre part, M. P. *Guttmann* dit à la Société de médecine de Berlin que la pyrodine n'est pas une substance chimiquement pure, c'est un mélange de diverses substances dont le principe actif est l'acétyl-phényl-hydrazine ou hydracétine. Ce corps, à l'état pur, aurait, d'aprés Dreschfeld, une action quatre fois plus énergique que la pyrodine. Il se présente sous la forme d'une poudre blanche cristallisée, sans odeur et sans saveur ; elle est peu soluble dans l'eau (1 pour 50), plus soluble dans l'alcool. Il résulte d'expériences que M. Guttmann a faites sur des animaux, que l'hydracétine est toxique même à faible dose. Elle attaque les globules rouges.

Chez les fébricitants elle produit, aux doses de 10 à 15 centigrammes, un abaissement notable de la température. Une demi-heure déjà après l'ingestion de la première dose, la température commence à s'abaisser et va en diminuant pendant deux à trois heures ; elle s'abaisse de 1° 1/2 à 2° de Celsius, parfois même de 3° et plus encore. Après être restée quelque temps stationnaire, la température remonte assez rapidement, de sorte qu'au bout de trois à quatre, ou, au plus, cinq heures, elle est la même qu'avant l'administration du médicament. Les effets sont à peu prés les mêmes, que l'on administre 15 centigrammes à la fois ou trois fois par heure 5 centigrammes. Pendant l'abaissement de la température on observe, chez la plupart des malades, de fortes sueurs. En même temps que la température s'abaisse, le pouls diminue de fréquence, ainsi que la respiration.

En administrant 10 centigrammes d'hydracétine chez 8 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu typique, M. Guttmann a noté, au bout d'une demi-heure à une heure, chez quelques-uns seulement au bout de deux heures, une rémission des douleurs qui se maintenait pendant quelques heures. En faisant prendre 20 et jusqu'à 30 centigrammes par jour, il a observé une disparition complète des douleurs, et cela pendant plusieurs heures.

M. Guttmann a essayé l'hydracétine, en pommade à 10 0/0, contre le psoriasis. Chez deux malades atteints de cette affection, il obtint un bon résultat, aussi recommande-t-il l'usage externe de l'hydracétine. Mais quant à l'usage interne il faut prendre de grandes précautions, surtout quand on en prolonge l'administration. La dose journalière ne devra pas dépasser 10 centigrammes, que l'on fait prendre en une seule fois, ou bien en deux doses de 5 centigrammes avec un intervalle d'une heure. Aux malades atteints de rhumatisme articulaire aigu on administrera de même 10 centigrammes par jour, en faisant prendre 5 centigrammes le matin et 5 centigrammes le soir, mais il ne faut pas continuer cette dose plus de trois jours.

Encore un remède contre la diphthérie : le sel marin.

M. *Seibert* (de New-York) prend une cuillére à bouche, humecte sa surface convexe et l'applique sur un vase assez grand, plein de sel de cuisine. De la sorte, la cuillère se trouvant couverte d'une couche de sel, il l'introduit dans le fond de la gorge jusqu'aux amygdales, et dépose le sel sur les parties affectées ; il suffit, pour cela, d'appuyer la cuillière à leur surface. On répète cette manœuvre plusieurs fois de suite, afin de bien recouvrir de sel toutes les parties atteintes de diphtérie.

Dans la majorité des cas, les adultes comme les

enfants supportent très bien ces applications de sel. Les nausées, les vomissements et les accès de toux (provoqués par la chute du sel sur l'épiglotte) ne s'observent que rarement.

Le sel pénètre rapidement dans la profondeur des tissus, où il exerce son action antiseptique. La fièvre, les douleurs, la tuméfaction et la rougeur de la muqueuse diminuent rapidement, et les fausses membranes se détachent avec facilité, dit M. Seibert (?)

Hélas ! chacun en dit autant du topique qu'il emploie.

État de l'estomac chez les phthisiques.

C'est toujours une question difficile à résoudre que celle de savoir à quoi tiennent les troubles dyspeptiques d'un phthisique. Quelquefois il s'agit d'une anorexie purement nerveuse, d'un dégoût pour la nourriture, qui fait que le malade refuse de s'alimenter ou, s'il prend des aliments à contre-cœur, les vomit bientôt malgré l'existence de sécrétions gastriques normales. C'est dans ce cas que M. Debove nous a appris à nous passer du consentement du système nerveux en introduisant directement les aliments dans l'estomac avec la sonde. On voit alors des malades qui vomissaient ce qu'ils mangeaient, ne plus vomir quand on les gave.

Malheureusement le nombre des phthisiques dont le suc gastrique n'a pas conservé ses propriétés normales est plus considérable, d'après les recherches récentes d'O. Brieger sur 64 phthisiques dont cet observateur a analysé le suc gastrique en se servant des méthodes actuellement usitées.

Dans les phthisies avancées les réactions chimiques du suc gastrique n'étaient normales que sur 16 % des malades examinés ; dans 9,6 % l'acide chlorhydrique et la pepsine avaient disparu ; chez les autres leur présence était inconstante. Dans les phthisies moyennes l'état normal existait chez 33 %, la disparition des ferments digestifs avait lieu dans 6,6 %.

La fièvre ne paraît pas avoir d'influence sur la sécrétion gastrique. En abaissant par des antipyrétiques la température des malades, on ne pouvait leur rendre leurs fonctions digestives. La cause des altérations de ces fonctions, c'est vraisemblablement la cachexie et le marasme. Il ne s'agit probablement pas seulement de troubles purement fontionnels dans ces cas ; il existe sans doute des lésions dégénératives ou atrophiques des glandes gastriques, en particulier la dégénérescence amyloïde. La lésion la plus habituelle est celle qu'a signalée Ewald sous le nom de gastrite glandulaire chronique atrophique.

Comme conclusion thérapeutique on doit admettre que le gavage ne doit être fait que chez les malades dont le suc gastrique a ses éléments normaux. A ceux chez lesquels il manque de l'acide chlorhydrique libre, on peut en faire prendre en potion, puisqu'ils peuvent encore avoir de la pepsine, qui inutile dans un estomac neutre ou alcalin, reprend son action dans un milieu acidifié. Enfin, il est peu utile, au point de vue unique de la digestion, de donner des antipyrétiques aux malades, l'abaissement de la température ne favorisant pas la sécrétion gastrique. La suppression des fonctions gastriques est en effet le résultat des lésions stomacales beaucoup plus que celui de la fièvre.

Il est bon d'ajouter que, si tant de phthisiq ont l'estomac malade, cela tient à ce que bien s vent une affection de l'estomac a précédé et pré la phthisie. Développant les idées de Beau sur conséquences de la dyspepsie, M. Bouchard démontré que les deux tiers des phthisiques lesquels cette recherche a pu être faite en te opportun ont commencé par être des dyspepti ou ont présenté les signes de la dilatation de l' tomac. Conclusion pratique : ne jamais nég les troubles fonctionnels des voies digestives si veut prévenir l'apparition de beaucoup de ph sies.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le foie cardiaque. Sa signification thérap tique et pronostique.

[Le travail de notre collaborateur est ré sous une forme qui nous avait *tout* d'abord concevoir quelques préoccupations au suje l'accueil que lui feront nos lecteurs.

Mais, après réflexion, nous sommes convain que, comme nous, ils auront quelque plaisir à des observations spirituellement rédigées. — la R.]

« Tout le monde connaît le foie cardiaque poumon cardiaque. Notre distingué confrère Gendre a, ici même, dans les colonnes du C *cours* traité magistralement de ces répercuss morbides de l'organe circulatoire. Notre inten n'est donc point d'y revenir, mais de mettr présence ces deux éléments nécessaires, le modifié par des congestions renouvelées ou p manentes et le traitement possible qui en déc

Disons-le de suite, la signification pronost du foie cardiaque est abominable.

Tous les jours se présentent à notre exa de malheureux asystoliques à veines turgi aux lèvres cyanosées, au ventre ballonné et ré tissant, aux malléoles œdématiées. L'eau est p tout, dans le tissu cellulaire, dans les bronch dans la plèvre, dans le ventre.

Si le foie n'est pas dur et hypertrophié, ne d sespérez pas ; vous le ferez pisser. L'urine, c sa bouée ; il s'en tirera. Si le foie est dur, il pissera pas ; ou si par extraordinaire il se p cette déplétion, c'est une fantasia qui ne port pas ; il mourra à bref délai, malgré tous les diurétiques de l'univers, et tous les strophan du Gabon et autres lieux.

Nous allons citer trois exemples à l'appui de que nous avançons dont l'un saisissant, p que deux maîtres y sont passés.

Le premier nous est fourni par un confis grand gaillard, bien planté, à étoffe muscul riche, à ossature puissante, mais dont le cœur, teint de rétrécissement mitral, est considéra ment hypertrophié. La marche provoque, ch lui, des phénomènes pseudo-angineux, et il a, p fois, un engourdissement hémiplégique — ce l'a fait soumettre deux ou trois fois à l'action d sangsues malléolaires par les deux honorab confrères qui m'ont précédé. Bref le malheure confiseur allait de mal en pis, lorsque je suis inv té à mon tour à prendre part au gâteau. Je reco nais d'emblée une situation sans issue ; l'épigas tre est terriblement tendu et dur, le foie hypertro phié et résistant, le pouls fort, les jambes sèches,

pseudo-angine et anhélation à tous les mouvements. Il a usé et abusé de la digitale.

Prescription : diète lactée qui opère pendant huit jours. Les urines, qui s'étaient éclaircies et étaient devenues abondantes, passent au rouge et à la raréfaction ; l'étouffement reparaît, les malléoles s'œdématient. Succédant à deux confrères, nous sommes, comme nous n'en doutions pas, du reste, sur le chemin d'une veste abominable. De l'œdème malléolaire et un foie cardiaque, c'est plus qu'il n'en faut pour faire, à un malade, sa position. Nous espérons bien ne point faillir à notre tâche. Prescription : Vin diurétique de l'Hôtel-Dieu, 3 cuillerées à bouche par jour. A notre étonnement, mais le sixième jour seulement (voyez la résistance, et à la dose de quatre cuillerées), le vin commence à opérer ; l'œdème disparaît, l'épigastre devient souple, l'étouffement s'en va et le pâtissier sollicité par les senteurs irrésistibles de la frangipane met, malgré notre défense, la main à la pâte et se livre à une véritable débauche de tartelettes. Huit jours après, c'était un récidiviste. Cette cure n'avait été qu'une lueur et le foie cardiaque ramenait l'artiste désabusé à la douloureuse contemplation de son épigastre tendu et de ses malléoles rebondies. Le vin de Trousseau, le vin de la Charité, le vin d'écorces de sureau, le strophantus, la spartéine, le convallaria maïalis, les purgatifs espacés ne purent infirmer une minute la sentence inexorable prononcée par le praticien, des hauteurs du foie cardiaque. La veille de la mort, le cœur nous réservait une de ces surprises pathologiques qui impriment à un cas clinique une tournure inoubliable ! Le dos du pied droit dans la direction de la pédieuse devenait tout à coup le siége d'une douleur atroce qui faisait pousser des hurlements au malade presque agonisant et, en même temps une large ecchymose se dessinait dans le voisinage et nous annonçait avec du refroidissement une gangrène suraigüe. Vingt-quatre heures avant la mort, le cœur avait donc lancé, dans cette ramification artérielle, ce grain de plomb qu'on appelle un embolus !

Le second sujet est une femme qui appartient également au petit monde commercial. Soumise depuis un an au régime lacté pour une hypertrophie et un rétrécissement mitral, elle avait obtenu une diurèse abondante et un état relativement satisfaisant durant cette période. Puis le foie cardiaque s'était accusé, de l'œdème pulmonaire et péri-malléolaire était apparu et la plèvre droite donnait les signes d'un hydrothorax manifeste. L'abdomen météorisé sans ascite, sous une pression brusque, faisait tomber les doigts sur un foie parcheminé, lisse et à bord coupant ; l'épigastre n'est pas trop tendu ; mais l'estomac dyspeptique supporte difficilement l'aliment et les drogues. Les urines sont rares et rouges ; nous sommes donc en pleine asystolie. Quoique le foie soit dur, j'essaye le vin de Trousseau et, contre l'ordinaire dans ces cas d'induration, j'obtiens une diurèse effective. Au bout de quinze jours la malade est débarrassée, mais en raison de la loi fatale qui préside au foie cardiaque, quinze jours après, les accidents sont de retour. Le foie est plus dur et plus distendu, le vin diurétique, repris avec activité, fait chou blanc et les urines se raréfient de plus en plus. Forcé par l'asphyxie, je cherche un dégagement mécanique et je pratique six incisions d'un centimètre de longueur sur les jambes œdématiées, en m'entourant des *précautions* antiseptiques les plus *rigoureuses*. Dégagement abondant consécutif.

Sous l'influence du convallaria maïalis, j'obtiens une diurèse légère et un peu de diarrhée ; il fait donc ce que la digitale n'a pu faire. Au bout de deux mois, avec suspensions ménagées, il finit lui-même par abdiquer ; c'est alors que nous faisons intervenir le sirop à la spartéine; sous son influence, les urines redeviennent claires et abondantes, les incisions réitérées amènent un écoulement énergique et l'état reste pourtant *stationnaire*. La pléthore abdominale et le foie cardiaque demeurent, quoi qu'on fasse, irréductibles. Aujourd'hui, malgré la diurèse strophantique, l'abdomen est occupé par une ascite considérable qui va nécessiter la ponction. C'est dire que dans trois ou six mois au plus la mort va se trouver au bout de ce calvaire hépatique !

Le troisième exemple qui vient confirmer notre thèse, nous est fourni par un député. C'est en Algérie, à l'occasion du voyage ministériel, il y a deux ou trois ans environ, que la révélation officielle de son état lui était faite par un médecin-major de l'hôpital de Blidah ! Nous n'avions point été appelé avant cette époque à appliquer notre oreille sur la région précordiale de cet honorable membre du corps législatif.

C'est à l'occasion d'un furoncle importé de Paris et siègeant sur la lèvre supérieure, que nous sommes invité pour la première fois, à faire la géographie générale du terrain soumis à notre observation et que nous constatons avec inquiétude, chez ce brave homme et chez cet homme brave (car il était les deux), une insuffisance mitrale et un rétrécissement concomitant, doublé d'une hypertrophie providentielle. Quelques jours après nous sommes de nouveau appelé auprès de lui, à l'occasion d'un léger point de côté et d'un ou deux crachats hémoptoïques. A l'auscultation, bruit de souffle doux, souffle plutôt de congestion que souffle pleurétique ; vibrations exagérées à la main et à l'oreille du poumon gauche, retentissement de la voix, absence de fièvre, épigastre tendu et dur.

Diagnostic : Poumon cardiaque, la petite circulation est compromise ; foie dur, surtout dans son petit lobe, pleurésie ou plutôt hydrothorax en imminence, tout cela chez un dyspeptique, un névropathe et un député ! ce qui nous présage une longue suite de moments heureux à passer au chevet de cet indigène, aimable pourtant, du Palais-Bourbon.

Sous l'influence de vésicatoires multipliés la pleurésie qui s'est accentuée disparaît au bout de trois semaines et le malade, malgré nos injonctions, obéissant à celles de son groupe, repart prématurément pour Paris, à l'occasion d'un vote important. En sa qualité de névropathe et voulant se débarrasser à tout prix de l'essoufflement et du régime lacté mixte auquel nous l'avons condamné (sachant bien d'avance qu'en raison de son foie cardiaque et de son poumon induré, toute médication cardiaque serait inutile ou nuisible) notre patient ou plutôt notre impatient, se rend chez le professeur X. et nous revient, à notre satisfaction, avec une ordonnance motivée qui confirme tout notre diagnostic, le bien fondé du régime lacté mixte, l'addition de granules arsenicaux, de pancréatine et de bière. Appelé après quinze jours d'essai loyal de cette thérapeutique

venue d'en haut, je trouve mon névropathe mécontent, avec un hydrothorax de retour, un épigastre comme une planche, un étouffement stomacal imposant, et la désillusion complète et *injuste* des hauts sommets et de la bière qui n'ont pas abouti. Vésication, teinture de digitale, régime lacté.

L'hydrothorax diminue, mais l'essoufflement,la barre épigastrique persistent ; le vin diurétique de l'Hôtel-Dieu, pris avec répugnance par le malade et, comme il l'avoue lui-même, avec mauvaise foi (une cuillerée au lieu de trois) ne change rien à l'excrétion d'urines rouges briquetées dont la quantité persiste au-dessous de la moyenne. Le malade qui ne peut pas s'imaginer que la médecine fasse buisson creux chez un député, reprend le train pour Paris et cette fois va se soumettre à l'examen d'un spécialiste, le distingué X...

Il me revient avec le strophantus, appuyé au besoin par les pilules diurétiques, scille, scammonée, digitale. Cette fois, et il ne pouvait en être autrement, malgré la science si authentique de notre bienveillant et aimable confrère, la veste est complète.

La plèvre gauche se remplit à moitié.

Le cœur gêné dans son évolution par ce demi-litre de liquide à peine, devient la source d'une telle asphyxie que je suis forcé de procéder à une thoracentèse hâtive, pour empêcher le malade de partir dans un accès. Soulagement immédiat; trois jours après, l'oppression est de retour avec le liquide ; deuxième thoracentèse ; crachats de temps en temps hémoptoïques.

Les pilules diurétiques n'amènent rien, le vin de l'Hôtel-Dieu et la Charité font un four complet, l'urine reste rouge et rare. Une troisième ponction devient nécessaire quatre jours après la seconde, les malléoles s'œdématient ; l'essoufflement s'accentue de nouveau et nous nous sentons entraîné dans une véritable scie opératoire. Allons-nous ponctionner tous les trois ou quatre jours, ou supprimer définitivement le liquide, qui ajoute d'une façon si effective à l'oppression en gênant la locomotion du cœur, par un drainage continu à la plèvre.

Dans tous les cas le malade est évidemment perdu. Mais nous avons à nous demander quel est le procédé qui va assurer à cet organisme les plus grandes chances de longévité. Le liquide qui se reproduit sans cesse dans une cavité fermée, liquide d'excellente nature, je dois le dire, ajoute constamment à l'asystolie cardiaque et va finir à bref délai par user absolument la contractilité du cœur. Si le liquide a un écoulement continu, le cœur n'ayant plus à lutter contre un obstacle incessamment reproduit, pourra user de tous ses ressorts et récupérer peut-être sous l'influence des toniques cardiaques une partie de son activité, activité presque annihilée par un obstacle surnuméraire. D'un autre côté, nous avons contre nous tout le danger de l'épuisement amené par la suppuration pleurale. Nous avons, en revanche, à notre bilan, cette chance de ne pas voir le malade mourir sous notre trocart dans une tentative désespérée contre une asphyxie ultime, l'empyème mettant à l'abri de ces congestions de retour qui emportent si malheureusement les opérés, dont le cœur hypertrophié active si terriblement le poumon cardiaque ou non.

D'un autre côté, nous n'avons point d'espoir de voir se tarir par des interventions successives un hydrothorax dont la cause gît dans l'induration du poumon, de même que l'ascite à répétition dans les affections organiques du cœur a pour genèse constante et indéfinie le foie cardiaque. *Le poumon pleure dans la plèvre comme le foie dans l'abdomen.* Tous les confrères que j'ai consultés me conseillent de laisser mourir le patient ! La famille elle-même est absolument opposée à l'empyème. Devant ce tolle universel qui dégage ma responsabilité et m'empêche de faire une tentative hasardée, je m'incline, avec une très grande aisance, et me contente de pratiquer des mouchetures antiseptiques aux malléoles et de gratifier mon très courageux malade de quelques thoracentèses obligatoires, sinon gratuites, qu'une asphyxie colossale me force de lui pratiquer. Enfin, le malade n'en pouvant plus, lardé de coups de trocard et saoûlé de drogues, me demande avec instance de lui appliquer le système à jet continu. Cette fois-ci je m'y oppose absolument. Mon malade est exténué ; il a une altération des traits de mauvais augure. Je refuse donc tout d'abord à la famille de lui donner, comme je le lui exprime formellement, l'extrême-onction chirurgicale. Toutefois, devant les instances réitérées et les supplications du malade, je cède à regret et en quelque sorte à une injonction. Quarante-huit heures après, le courageux opéré regagnait le sein d'Abraham, avec son foie cardiaque et les deux tuyaux de caoutchouc rouge que j'avais eu soin de lui adosser comme un dernier sacrement, dans sa plèvre intolérante, mais complètement *nettoyée*.

Dr G. Reignier,
Membre correspondant de la Société de Médecine Pratique de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Résultats de la loi Roussel à Argenteuil. 1879-1889.

La loi de protection des enfants du premier âge, dite loi Roussel, commença à être appliquée dans la commune d'Argenteuil en 1879. Les premiers registres, les premiers états d'inspection datent de 1880.

Au premier janvier de cette année 1880, on comptait 8 nourrissons inscrits.

68 arrivèrent dans l'année et furent inspectés. Sur ces 76 enfants, 54 furent élevés au sein, 22 au biberon. Le chiffre des décès fut de 12, soit 15,7 pour 100.

Au mois de décembre 188), je fus mis à la tête du service. Je trouvai 21 enfants en nourrice.

Le tableau qui suit indique le développement qu'a pris, depuis ce moment, l'industrie nourricière dans ma circonscription :

En neuf ans, 1014 enfants, pour la plupart des petits Parisiens, furent élevés sur le territoire d'Argenteuil, et régulièrement visités au moins une fois par mois.

On se fera une idée de l'importance du service, quand on saura que dans le département de Seine-et-Oise, le médecin inspecteur est pourvu d'un livre à doubles souches mobiles, sur lesquelles il est tenu d'inscrire :

1° La date de chacune des visites qu'il fait au nourrisson ;

2° Le nom et prénom de celui-ci ;

3° Le nom de la nourrice ;

4° Le mode d'alimentation ;
5° L'état de santé ou de maladie de l'enfant protégé.
6° Ce qu'il pense des soins donnés à ce dernier par la nourrice.
7° Si le nourrisson est vacciné.
Il faut ajouter à cela le nom de la commune, un numéro d'ordre, et enfin la signature.

PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE (Loi du 23 décembre 1874),
A Argenteuil (Seine-et-Oise).
De 1879 à 1889

ANNÉE 1879	*Première du fonctionnement de la loi (Les registres et états n'existent pas encore).*											
	Nourrissons protégés au 1er janv.	Placés dans l'année	Totaux des enfants protégés	Elevés au sein	Elevés au biberon	En sevrage	Retirés dans l'année	Décédés dans l'année	Tant pour 100	Limite d'âge	Totaux des enfants rayés	Nourrissons protégés au 31 déc.
Année 1880	8	68	76	54	22	»	40	12	15.7 %	3	55	21
» 1881	21	62	83	51	26	6	38	6	7.2 %	»	44	39
» 1882	39	62	101	»	»	»	40	8	7.9 %	5	53	48
» 1883	48	75	123	»	»	»	59	15	12.1 %	7	81	42
» 1884	42	67	109	77	26	6	50	12	11 %	8	70	39
» 1885	38	81	119	74	32	13	49	14	11.7 %	9	72	47
» 1886	47	94	141	84	41	16	58	14	9.9 %	10	82	59
» 1887	59	88	147	98	38	11	64	15	10.2 %	11	90	57
» 1888	56	59	115	78	33	4	66	4	3.4 %	5	75	40
» 1889	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

L'administration, afin de contrôler les visites et les constatations des inspecteurs, exige qu'une des souches soit remise au maire de la commune et la seconde envoyée au préfet. Le talon du registre, reproduisant toutes les observations faites, doit rester entre les mains du médecin.

Tous les trois mois, un État nominatif des enfants protégés est dressé par les soins de la mairie. Cet état passe par les mains de l'inspecteur qui met en regard de chaque nom de nourrisson, son appréciation sur la façon dont il est soigné et sur son état de santé.

Tous les six mois, un état plus compliqué est envoyé à la préfecture ; celui-là relate non seulement les appréciations de l'inspecteur sur les nourrissons, mais encore, ce qu'il pense de chaque nourrice.

De plus l'inspecteur transmet à monsieur le préfet sur des feuilles spéciales, ses opinions personnelles sur le service de protection, sur la façon dont la loi est appliquée, sur les résultats obtenus, sur les maladies épidémiques qui ont sévi pendant le semestre ; sur les récompenses à accorder aux nourrices méritantes ; et enfin, sur les améliorations à apporter, les désiderata, etc., etc.

* * *

Si l'on fait le compte des minutes passées à examiner les enfants, à signer les livrets des nourrices, à donner à chacune de celles-ci quelques conseils, à remplir les souches mobiles ; — d'autre part, à classer ces souches, à compléter les états demandés, à les transmettre à la mairie ; — si on y ajoute les renseignements écrits supplémentaires envoyés soit aux parents des nourrissons, soit à la préfecture ; on trouve que chaque enfant protégé exige du médecin inspecteur au moins une heure de travail et d'écriture par mois.

Quand le nombre des nourrissons à visiter est de 50 à 60, le poste d'inspecteur n'est pas précisément une sinécure.

Aussi, bien peu de médecins remplissent-ils complètement et dans tous leurs détails, ces lourdes fonctions. — Il convient d'ajouter, cependant, que chaque visite mensuelle *faite* au domicile de la nourrice, *attestée* sur le livret, et *contrôlée* par l'administration au moyen des souches mobiles, est payée à l'inspecteur à raison de 1 franc. La première visite d'inspection, plus importante à cause de l'examen de l'enfant qui arrive, et plus longue, aussi, à cause de l'inscription sur les souches, des renseignements que j'ai dits, est payée double, soit 2 francs. — Les inspecteurs qui visitent un grand nombre d'enfants protégés reçoivent donc, de ce chef une rémunération assez sérieuse.

D'ailleurs, le praticien qui pendant un certain nombre d'années, a rempli les fatigantes fonctions d'inspecteur, non pas seulement avec exactitude, mais avec conscience, avec goût, y trouve des compensations de plus d'un genre. A force de voir, de palper, de retourner des enfants, il acquiert une grande expérience des lois de l'hygiène infantile, et aussi des maladies du premier âge. Pour peu qu'il soit lui-même père de famille, qu'il aime les enfants, il s'intéresse à la frêle existence de ses petits protégés, et il étudie avidement, dans le but de les soulager et de les guérir, les ouvrages spéciaux. Et bien vite, le bon sens des familles fait rechercher *en lui* le *médecin des enfants*, — ce qui souvent le sort de pair.

Il devient alors le médecin traitant de la plupart des nourrissons qu'il inspecte et cette clientèle spéciale peut être pour lui, s'il n'est pas trop négligent, une source sans cesse alimentée d'honnêtes profits. Je dis s'il n'est pas trop négligent... ! J'entends par là que, pour ne pas s'exposer à des déboires, le médecin qui soigne des

enfants en nourrice, doit réclamer aux parents ses honoraires tous les mois ou tout au moins à la fin de chaque maladie. C'est le seul moyen de ne pas faire métier de dupe. — Je parle avec connaissance de cause.

* * *

Pour en revenir au fonctionnement de la loi de protection à Argenteuil, on a vu, par le tableau que j'ai donné plus haut, que sur un millier d'enfants, la mortalité a été en moyenne de 10 pour 100. L'an passé, le chiffre do la mortalité est tombé à 3,4 pour 100. — J'attribue ce résultat vraiment exceptionnel à certains perfectionnements introduits, par mes soins, dans le service do protection. Il y a deux ans, grâce au bienveillant appui du maire d'Argenteuil, homme intelligent et instruit, j'obtins qu'une somme importante fût prélevée sur la caisse des Ecoles de la ville, et consacrée à l'achat de nombreux exemplaires de mon livre : Hygiène do l'enfant en nourrice et au sevrage ; guide pratique de la femme qui nourrit (Oct. Doin, éditeur, 1 fr. 50) ; et chaque fois qu'une jeune femme vient à la mairie faire viser ses papiers pour être nourrice, le secrétaire lui remet un de ces livres.

De mon côté, à chaque visite que je fais aux enfants protégés, j'ai soin d'attirer l'attention des nourrices sur les points qui me paraissent défectueux, dans l'alimentation, le vêtement, la literie, etc., *et je leur fais lire*, dans leur petit guide, le chapitre qui les renseigne sur chaque question. De la sorte, ces femmes absolument ignorantes des lois de l'hygiène, quand elles prennent un nourrisson, arrivent peu à peu à savoir beaucoup de choses.

Chaque année, j'en choisis 5 ou 6 des plus soigneuses, de celles qui ont le mieux suivi nos conseils, et dont les nourrissons ont le mieux profité, et je les propose pour une récompense. Elles reçoivent un beau diplôme et une petite somme d'argent, cela leur fait énormément de plaisir. Les parents sont satisfaits, et les autres nourrices, piquées d'émulation, font de leur mieux pour mériter à leur tour une distinction.

Mes nourrices primées sont très recherchées dans les bureaux de placement de Paris, et le taux mensuel qui leur est offert est toujours plus élevé que celui du commun de leurs compagnes.

Voilà ce que j'ai fait en faveur des nourrices.

Pour mes enfants protégés, j'ai voulu mieux faire aussi.

A l'exemple de plusieurs inspecteurs du service de protection, j'ai institué des pesées régulières de nourrissons.

La pesée est *obligatoire* une fois par mois. Je la conseille et la pratique chez un très grand nombre, chaque semaine. Les enfants sont pesés *nus* ! ce qui fait qu'en dehors de la visite mensuelle d'inspection, j'ai la certitude que les nourrissons sont lavés souvent, changés de linge, et ne peuvent être atteints d'une indisposition quelconque, sans que j'en sois aussitôt prévenu.

Je n'ai pas besoin de dire que tous les nourrissons sont vaccinés dès leur arrivée, en toute saison, — autant que le permet cependant, l'entêtement de certains parents qui résistent souvent aux plus pressants avis.

J'ai cherché à donner aussi quelques satisfactions aux familles. — Moyennant un abonnement dont le prix est très minime, — la pesée des enfants étant pratiquée chaque semaine, — j'enregistre le résultat de l'opération sur un carnet (carnet de bébé de l'ingénieur J. Lescasse,) que je fournis à chaque abonné. De plus, je rédige et fait parvenir tous les mois aux parents un bulletin sanitaire relatant l'augmentation de poids et l'état de santé des enfants. — De cette façon, les commerçants, les employés, qui ne peuvent venir visiter souvent leurs enfants en nourrice, sont renseignés exactement sur leur sort, et peuvent se livrer en toute sécurité à leurs occupations.

Je mentirais si je disais que je suis parvenu sans difficulté à appliquer et à faire respecter de tous, dans une ville de 10.000 habitants, la loi de protection des Enfants du premier âge, à en régulariser le fonctionnement, et à faire du service d'Inspection d'Argenteuil, — à peine ébauché quand il me fut confié, — un des plus importants du département de Seine-et-Oise par le nombre des enfants protégés, par le degré d'instruction et la qualité des nourrices, et par la scrupuleuse application de la loi Roussel, dans ses plus petits détails.

Tous ceux de mes confrères qui sont à la tête d'un service public, savent ce qu'il en coûte pour contenter « tout le monde et son père ». J'ai donc dépensé largement et mon temps et ma pensée.

Je ne le regrette pas. J'en ai été récompensé par la satisfaction que donne toujours le devoir accompli.

Est-ce à dire pour cela que le système d'inspection en vigueur me satisfasse complètement ? Certes non ! Je reviendrai quelque jour là-dessus, et je ferai connaître les modifications que je serais heureux d'y voir apporter.

Si j'ai parlé longuement des fonctions du médecin-inspecteur, si je suis entré dans le détail du service de protection des enfants du premier âge, ce n'est certes pas pour en faire admirer les rouages multiples compliqués. J'ai voulu tout au contraire en montrer les points défectueux, afin d'avoir l'occasion d'exposer la façon dont on pourrait le modifier, le simplifier, sans que pour cela l'administration cessât un seul instant d'exercer *son contrôle* sur les actes de ses agents.

Ce contrôle, il ne m'est jamais venu à l'esprit de m'en formaliser ; j'avoue que je le trouve tout naturel : avant de *nous payer*, l'administration entend savoir ce que nous avons *gagné*. C'est son droit, c'est même son devoir. Tout ce qu'on peut lui demander, c'est d'adopter un mode de contrôle qui ne fasse pas des médecins des employés aux écritures, de véritables scribes !

Il y a certainement de la superfétation, à exiger que les constatations faites par les inspecteurs à chacune de leurs visites, et inscrites par eux sur une *première souche* destinée à la préfecture, soient transcrites *identiques* sur une seconde *souche* destinée à la mairie, et recopiées encore sur le talon du registre qui reste entre leurs mains ! L'une de ces deux souches me paraît inutile, car, le médecin peut toujours, en consultant ses registres, donner au maire, s'il en a besoin, des renseignements sur ses nourrissons. A quoi bon accumuler dans les mairies des papiers qui ne servent à rien ?

Supprimer la seconde souche serait donc une modification heureuse.

Si l'on veut avoir, dans les mairies, des pièces fournissant au jour le jour la preuve que le service d'inspection est fait régulièrement, rien n'empêchera de demander au médecin de déposer

secrétariat, au fur et à mesure qu'il les remplit, les souches de visite destinées à la préfecture. L'employé y apposerait un visa, et les ferait passer chaque semaine sous les yeux du maire. Le contrôle serait pour ainsi dire incessant, se poursuivrait d'un bout de l'année à l'autre.

Comme dans certains cas il est urgent de prévenir sans retard d'un fait sérieux, d'un sévice grave, l'inspecteur départemental, le médecin pourrait envoyer *par la poste* la souche de renseignements de tel ou tel nourrisson au sujet duquel une détermination rapide devrait être prise. Les inspecteurs possédant la franchise postale pour correspondre avec l'autorité départementale, rien ne serait plus facile. Pour supprimer la mise sous enveloppe et les suscriptions, les souches à remplir pourraient être faites sur le modèle des cartes postales, et porter d'un côté l'adresse imprimée : préfecture de —. Et même, comme on pourrait à la rigueur considérer les indications transmises par le médecin, comme *médicales*, il serait facile d'envoyer la souche fermée. En gommant l'un des des bords, on aurait une carte ressemblant aux cartes-lettres ou cartes-télégrammes en usage à Paris.

En réalité, l'envoi sous enveloppe de ces souches demanderait peu de temps, et serait encore préférable.

Je voudrais, à propos des souches elles-mêmes, qu'elles soient libellées de manière à contenir des renseignements très complets sur chaque enfant afin que la première visite faite, et la souche une fois remplie, l'inspecteur n'eût plus aux visites subséquentes que fort peu de choses à noter (le nombre des dents, le poids, l'état général). A la ligne d'observations seraient inscrites les mesures à prendre pour sauvegarder la vie de l'enfant, *mettre au sein d'urgence ;* ou : *rendre à la famille de suite*, etc., quand cela sera jugé nécessaire.

***

On se demande pourquoi j'ai réuni ensemble deux souches. En voici la raison.

Quelques médecins inspecteurs, à ce qu'on a prétendu, ont envoyé à la préfecture de leur département des souches remplies et signées, sans que pour cela les enfants aient été visités au domicile de la nourrice, sans que le livret de la nourrice ait été signé !

Le praticien de campagne qui fait quatre ou cinq kilomètres pour inspecter un nourrisson et qui trouve chez la nourrice visage de bois, a-t-il le droit d'exiger le prix de sa visite ? La chose peut être discutée. En tout cas, si l'administration veut être sûre que la souche qui lui est envoyée, a été signée en même temps que le livret, elle peut par un simple artifice de brochage faire accoler un cahier de souches, telles que je les présente ici, dans le livret des nourrices, de telle sorte que le médecin devra à chaque visite déchirer une souche de ce livret, ce sera une preuve certaine qu'il n'a pas fraudé !

Pour les visites faites au domicile de la nourrice, celle-ci étant absente ainsi que le nourrisson, il serait possible de les faire constater par l'envoi à la préfecture d'un bulletin spécial portant l'avis :

Enfant visité le...................
était en promenade avec la nourrice.
SIGNÉ :

***

La seule modification importante que je demande serait donc, en résumé, de diminuer le travail manuscrit des inspecteurs, en supprimant la souche mobile destinée aux mairies. Je suis convaincu que, dans mon département tous les inspecteurs rempliraient leurs fonctions avec zèle et exactitude, si on réduisait au strict nécessaire le côté *écrivassier* de leur emploi, et supprimer *un tiers* du travail, serait un bon commencement.

Dr E. TOUSSAINT.

MODÈLE A

SERVICE DE PROTECTION

des enfants du premier âge

—o—

Nécessité de fermer.

Préfecture de

PROTECTION DU PREMIER AGE

N°

Commune Département

Visite du

Enfant

Né le

Arrivé le

Chez Mme

Nourrie au lait du

Etat du nourrisson

Vacciné (ou non)

Nombre des dents

Poids

Observations

Signature du médecin-inspecteur :

MODÈLE B

SERVICE DE PROTECTION

DES

Enfants du premier âge.

—o—

Préfecture de

PROTECTION DU PREMIER AGE

N°

Commune Département

Visite du

Enfant

Né le

Arrivé le

Chez Mme

Nourrie au lait du

Etat du nourrisson

Vacciné (ou non)

Nombre de dents

Poids

Observations

Signature

NEUROPATHOLOGIE

Des arthropathies tabétiques du pied.

Les affections osseuses et articulaires des tabétiques sont aujourd'hui bien connues et font en quelque sorte partie du cadre de l'ataxie locomotrice, grâce aux travaux de MM. Charcot, Michel, Ball, Joffroy, Damaschino, etc....

Le pied tabétique, décrit en premier lieu par le professeur Charcot, est constitué par une arthropathie de même nature que celles qu'on peut observer chez les ataxiques pour d'autres articulations. Ces arthropathies atteignent surtout le genou, la hanche ou l'épaule, mais beaucoup plus rarement le pied. Notre ami le Dr Démosthènes Paulidès a consacré à l'étude de cette affection une thèse récemment couronnée par la Faculté de Paris (1).

Ce travail très intéressant est basé sur des observations recueillies dans le service de M. le professeur Damaschino à l'hôpital Laënnec.

En général, l'arthropathie du pied, comme celle des autres parties du squelette, débute vers la fin de la première période de l'ataxie ou au commencement de la seconde, c'est-à-dire au début de l'incoordination des mouvements. Cependant, elle peut être plus précoce, ce qui rend le diagnostic difficile.

Ordinairement le début est brusque. Comme l'a dit Charcot, « l'absence de fièvre, de rougeur et de douleur paraît être un caractère à peu près constant ». Tout le membre est gonflé; la tuméfaction est plus marquée au niveau de la jointure malade et reconnaît pour cause une effusion considérable dans la cavité synoviale.

Les parties voisines sont le siége d'un empâtement qui ne ressemble pas à l'œdème ordinaire, en ce qu'il oppose une certaine résistance à la pression des doigts. La tuméfaction dorsale du pied est uniforme et ne laisse sentir aucune saillie irrégulière. Elle est surtout marquée au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne: c'est une saillie angulaire portant seulement sur la face dorsale du pied, et prédominant plus ou moins sur son bord interne. Il y a alors une déviation apparente, parfois très marquée, du métatarse en dehors.

L'épaississement peut abaisser le bord interne du pied, d'où il résulte un effacement à peu près complet de la voûte plantaire, qui donne lieu à un pied plat. Toutefois, ce pied plat n'est pas constant et dans certains cas, la voûte plantaire est exagérée; ce pied, alors avec sa forte convexité dorsale, peut être comparé très justement au pied chinois.

Les malléoles sont souvent tuméfiées et peuvent former de véritables tumeurs se continuant avec le corps de l'os.

La pression exercée sur le tarse, ou les mouvements exécutés par le pied, ne sont en général pas douloureux: il existe peu de craquements articulaires; quant aux mouvements exécutés par le pied, ils sont diminués et peuvent même être impossibles: le pied, dans sa totalité, est ankylosé.

Après avoir dit que toutes les articulations du pied peuvent être atteintes, M. Paulidès classe ces arthropathies en: 1° *tibio-péronéennes*, 2° *tarso-métatarsiennes*, 3° arthropathies *des orteils*, et 4° arthropathies *généralisées du pied.*

Au point de vue de l'anatomie pathologique, le Dr Paulidès, s'appuyant sur les leçons professées par M. Damaschino à la Faculté en 1887, décrit trois degrés. Le *premier* est constitué par une hydarthrose plus ou moins considérable, et une infiltration de sérosité des tissus voisins.

Dans le *second degré* il y a destruction rapide des surfaces articulaires, disparition du cartilage d'encroûtement et la substance osseuse est rongée et détruite.

Le troisième degré est caractérisé par la désorganisation permanente de l'articulation.

Quant aux altérations nerveuses, elles ne présentent rien de spécial: c'est la sclérose des cordons postérieurs avec ses caractères habituels. Aucune altération notable pour les nerfs articulaires. Au point de vue du diagnostic, il faut se rappeler, ainsi que l'a dit M. Trélat, que « toutes les fois que l'on voit une articulation devenue rapidement énorme, toute disloquée, et malgré cela, n'ayant jamais été douloureuse et permettant encore les mouvements, on doit penser à l'arthropathie des ataxiques. » Peu de lésions articulaires, d'ailleurs, peuvent être confondues avec elle: l'arthrite *sèche* qui lui ressemble le plus et que confondent ordinairement les auteurs anglais, se développe beaucoup plus lentement.

Il ne faut pas non plus oublier qu'à côté du *pied tabétique* M. Joffroy a signalé le *pied bot tabétique.* Cette déformation reconnaît pour cause la pression des couvertures et le séjour au lit chez des sujets dont l'état musculaire n'est pas normal. Les lésions articulaires étant dans ce dernier cas nulles ou insignifiantes, c'est un *pied bot musculaire.*

Les arthropathies, du reste, ne menacent pas directement le malade; elles n'ont que l'inconvénient d'être une infirmité de plus ajoutée à toutes celles qui caractérisent déjà l'ataxie locomotrice.

Le traitement donnera peu de résultats.

Au début, le Dr Paulidès conseille le repos, et si l'hydarthrose persiste, un vésicatoire; la teinture d'iode ou des pointes de feu, toutes choses qui pourront *peut-être* activer la résorption du liquide.

Plus tard, pour soutenir l'articulation, on pourra faire une compression avec une bande de toile ou de flanelle.

Si l'ankylose a de la tendance à se faire, il faudra appliquer un appareil approprié.

Quant aux opérations chirurgicales, il faudra les rejeter. Il semble, en effet, inutile de pratiquer, comme le font certains chirurgiens allemands, une amputation d'une jambe chez un ataxique qui, ayant déjà une grande difficulté à marcher, marchera avec encore plus de peine lorsqu'il aura, au lieu de son pied ankylosé, un appareil prothétique.

J. DAVÉO.

(1) Chez Steinheil.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Lavage de la vessie sans sonde.

Nous avons reçu du docteur *Lavaux* un travail intéressant, que nous croyons devoir résumer parce qu'il a trait à un point de pratique important. Il s'agit du lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique, de ses usa-

ges et spécialement de son application au traitement des cystites douloureuses. Le procédé qu'emploie ce confrère pour injecter sans l'intervention du cathétérisme un liquide dans la vessie est simple. Il prend un réservoir quelconque, qu'il gradue, puis il adapte à sa partie inférieure un tube en caoutchouc de 1 mètre 50 de longueur. A l'autre extrémité de ce tube il place un petit appareil composé d'un mandrin métallique tubulé recouvert d'un cône de caoutchouc destiné à obturer le méat. La partie de l'appareil que l'on introduit dans l'urèthre n'a que trois centimètres de longueur.

Pour faire fonctionner l'appareil, on le remplit du liquide à injecter, on place le récipient à une hauteur de 1 mètre 30 au-dessus du malade couché sur un lit ou une chaise longue et l'on introduit le mandrin injecteur dans l'urèthre : le liquide remplit l'urèthre antérieur, presse sur la région membraneuse, l'entr'ouvre et pénètre dans la vessie.

Chez la femme, le manuel opératoire est le même, mais il est inutile de placer le récipient aussi haut.

Quand les malades éprouvent le besoin d'uriner, on cesse de suite l'injection. La miction s'effectue naturellement et l'on recommence autant de fois qu'on le juge nécessaire.

Comme la résistance de la région membraneuse chez l'homme varie avec chaque malade, le docteur Lavaux a gradué la pression en faisant varier l'orifice de sortie du mandrin. Il y a une série de six mandrins, qui donnent une pression allant de 17 grammes à 82 grammes. Mais on peut agir plus simplement ; si l'on anesthésie l'urèthre antérieur avec une solution de chlorhydrate de cocaïne, le mandrin n° 1, qui fournit la plus faible pression peut être employé dans tous les cas. Lorsqu'il n'y a pas de contre-indications, il est préférable néanmoins de se servir des numéros supérieurs ; on gagne ainsi beaucoup de temps.

Ce procédé a été appliqué par l'auteur pendant son internat, depuis 1886, dans divers hôpitaux de Paris, chez 110 malades, et il a donné de remarquables succès dans le traitement des cystites.

Dans les cystites douloureuses, le Dr Lavaux a soin d'injecter d'abord sans sonde dans la vessie une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 p. %. Ce n'est qu'au bout de cinq minutes qu'il fait les lavages boriqués. Il termine par une dernière anesthésie de la muqueuse uréthro-vésicale. Les 11 observations de cystites douloureuses que contient sa thèse montrent l'efficacité de ce traitement dont la simplicité contraste singulièrement avec les graves opérations qui sont le plus souvent employées en pareille circonstance : la taille hypogastrique chez l'homme et la taille vésicovaginale chez la femme.

Pour faire l'antisepsie de l'urèthre antérieur, notre confrère emploie une véritable sonde à double courant. La pression fournie par ce petit appareil est insuffisante pour forcer la région membraneuse. Cet instrument peut encore être transformé instantanément, à l'aide d'un mandrin plein, en sonde intra-utérine. C'est la plus petite que les accoucheurs et les gynécologistes aient à leur disposition. Elle paraît avoir donné de bons résultats.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES.

Formules contre le prurit cutané.

1° Hydrate de chloral.......... 5 gr.
Eau .... } åå 50 gr.
Glycérine.................. }
Pour lotions.

2° Hydrate de chloral........ } åå 3 gr. 50
Camphre .... }
Vaseline..................... 30 g.
Pour faire une pommade.

3° Acide phénique.......... 4 gr.
Potasse.................... 2 gr.
Eau........................ 350 gr.
Pour lotions.

4° Eau de chaux............ } åå 30 gr.
Glycérine.................. }
Huile d'amande douce....... 60 gr.
Essence de romarin......... V gouttes.
Pour embrocations.

REPORTAGE MÉDICAL

Un phénomène.—Le Dr Chevrier de Saint-Golles-sur-Vic (Vendée) signale l'existence à Saint-Jean-de-Monts (Vendée) d'une petite fille âgée de quinze mois et pesant quarante kilogrammes, jouissant d'une parfaite santé: « Elle a, dit-il, l'aspect d'une jeune fille de 16 ans ».

Concours d'admission en 1889. — Par décision du 8 mai courant le ministre de la guerre a fixé ainsi qu'il suit le nombre des candidats à admettre cette année à l'emploi d'élève du service de santé militaire :

Candidats à 16 inscriptions, 3.
Candidats à 12 inscriptions, 5.
Candidats à 8 inscriptions, 30.
Candidats à 4 inscriptions, 45.

Les élèves à 16 inscriptions n'entreront pas à l'école de Lyon. Ils recevront une indemnité de 100 fr. par mois, à partir de leur admission, et devront être reçus docteurs avant le 1er février 1890, époque à laquelle ils seront admis, comme stagiaires, à l'école d'application du Val-de-Grâce. Les élèves des trois autres catégories entreront à l'école de Lyon à une date qui leur sera notifiée en même temps que leur nomination.

On rappelle que, pour la dernière fois cette année, les candidats à 16 et 12 inscriptions sont admis au concours, et que, pour la dernière fois en 1890, le concours sera ouvert aux élèves à 8 inscriptions, l'école ne devant plus, dès 1891, recevoir que des étudiants pourvus de 4 inscriptions et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat.

Etudiants d'Italie. — Il y a 16,055 étudiants inscrits sur les registres des Universités d'Italie. Naples possède 4,205 étudiants et Rome 1,329. Sur ces 16,055 étudiants, il y a 5490 étudiants en médecine, 1,697 étudiants en pharmacie, 28 étudiants pour la petite chirurgie, 151 élèves vétérinaires, 680 élèves sage-femmes.

Etudiants en Médecine en Autriche. — Il y a, dans ce royaume, actuellement, 5,071 étudiants

en médecine ordinaires et 595 extraordinaires, sur 13,801 étudiants. Vienne en possède 2,648, Prague, 1,092 à l'Université tchèque, 622 à l'Université allemande ; Cracovie, 521 ; Gray, 522 ; Innsbruck, 261 (*Bull. méd.*).

La Mortalité dans l'armée. — La dernière statistique établie par le service de santé de l'armée montre que l'état sanitaire des troupes s'améliore incessamment. La mortalité est descendue à 7/58 pour mille et même à 6 9/8 si on la calcule sur l'effectif total. Jamais un chiffre aussi bas n'a été constaté et il est inférieur à celui des autres armées européennes. C'est dans le 8e corps (Bourges) que la mortalité est la moins élevée, et dans le 15e (Marseille) qu'elle est le plus élevée, en exceptant la Tunisie où la mortalité atteint 19/41 pour mille. La maladie qui fait toujours le plus de victimes est la fièvre typhoïde qui compte à elle seule pour un dixième dans les entrées des hôpitaux, mais pour elle aussi on constate une amélioration senbible.

La fécondité à Nice. — M. le Dr Berlin a publié un curieux travail de statistique dans le *Nice-Médical.* Il en déduit les conclusions suivantes qui méritent d'être notées :

1° Le chiffre moyen des naissances multiples à Nice est exceptionnellement élevé. Il donne pour ces 27 dernières années la proportion de 1 sur 75,54 pour les naissances doubles, de 1 sur 5,575 pour les naissances triples.

2° Cette proportion dépasse sensiblement la moyenne générale qui est de 1 sur 89 pour les naissances doubles, de 1 sur 8000 environ pour les naissances triples, ce qui est énorme !

3° Elle est supérieure à celle de la plupart des contrées de l'Europe.

4° Elle dépasse beaucoup la proportion moyenne constatée en France qui n'est guère que de 1 sur 100 pour les naissances doubles de 1 sur 10000 environ pour les naissances triples.

Morphiomanie. — L'abus de la morphine augmente tellement à Berlin, et on peut s'en procurer à si bon compte que défense formelle a été faite aux pharmaciens de livrer aucune dose de morphine sans une prescription du médecin. Cette prescription est conservée par le pharmacien, afin d'empêcher qu'elle serve une seconde fois.

L'exercice de la médecine en Turquie. — Le ministre de l'intérieur de l'empire ottoman a décidé que les médecins pratiquant à Constantinople ne pourraient continuer à exercer la médecine qu'à la condition de passer un examen devant les professeurs de l'Ecole militaire de médecine de la ville et de payer une taxe d'environ 140 fr. !

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

(*Rongier et Cie, Editeurs, 4, rue Antoine Dubois*).

Traité d'Ostéologie comparée, par MM. G. POUCHET et H. BEAUREGARD.... 12 fr.
Alcaloïdes microbiens et physiologiques (Ptomaïnes et Leucomaïnes), par le docteur MAURICE DE THIERRY. 3 fr. 50.
Précis de microbie médicale et vétérinaire, par MM. THOINOT et MASSELIN.... 6 fr.
Affections chirurgicales des Reins, des Uretères et des capsules surrénales, par A. LE DENTU.... 15 fr.
Comment on fait parler les Sourds-Muets, par L. GOGUILLOT.
1 volume in-8 de 351 pages, avec 76 figures.... 8 fr.
Recherches des Bactéries, dans les tissus animaux. Guide pratique rédigé d'après des travaux personnels, par le docteur H. KUHNE (de Wiesbaden). Edition française, par MARTIN HERMANN, avec une préface, par M. CH. FIRKET.
1 volume petit in-8.... 2 fr.
L'esthétique du Mouvement, par PAUL SAURIAU.
1 volume in-8° de la Bibliothèque de Philosophie contemporaine.... 5 fr.
La chaleur animale, par CH. RICHET.
1 volume in-8° de la Bibliothèque scientifique internationale. Cart. à l'angl. (Tome 65 de la coll.).... 5 fr.
Traité de petite chirurgie Gynécologique, par PAUL F. MUNDE, traduit par EMILE LAUWERS.
Prix de l'ouvrage complet pour les souscripteurs.... 15 f.
Manuel de Propédeutique, par le docteur H. LAVRAND, Introduction par le docteur H. DESPLATS.
1 volume in-16, de VIII-270 pages avec 51 gravures dans le texte : Br. 5 fr. Cart. 6 fr.
Traitement chirurgical de L'exstrophie de la vessie, par le docteur A. POUSSON.
1 volume.... 4 fr.
Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein, Néphrectomie, Néphrorraphie, Néphrotomie, Urétérotomie, par le docteur TUFFIER.
1 volume avec de nombr. figures dans le texte.... 6 fr.
Traité de chirurgie clinique, par P. TILLAUX. Tome II, 2e fascicule. Organes génitaux de l'homme et de la femme, membre inférieur.
1 volume grand in-8° de 535 pages avec 52 figures.... 6 fr.
2 volumes grand in-8° avec 175 figures dans le texte.... 24 fr.
Médecine clinique, par le professeur G. SÉE et le docteur LABADIE-LAGRAVE : Traité des maladies du cœur. Etiologie clinique, par le professeur SÉE.
1 volume in-8° avec figures intercalées dans le texte.... 12 fr.
Les Nègres de l'Afrique sus-Equatoriale (Sénégambie, Guinée, Soudan, Haut Nil, par H. HOVELACQUE.
1 volume in-8° avec 42 figures intercalées dans le texte.... 10 fr.
Les agents provocateurs de l'hystérie, par le docteur GUINON.
Un volume in-8° avec 31 figures dans le texte.... 8 fr.
Leçons de clinique Obstétricale, par PIERRE BUDIN.
1 beau volume grand in-18 de 500 pages et 116 figures dont 81 tirées en 3 couleurs dans le texte.... 12 fr.
L'hygiène prophylactique, microbes, ptomaïnes, désinfection, isolement, vaccination et législation, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ.
1 volume in-8° avec figures dans le texte et une planche chromo hors texte.... 6 fr.
Cartonné toile, tête dorée.... 7 fr.
Anatomie normale et pathologique de l'œil, par le docteur EMILE BERGER, ouvrage couronné par l'Académie des sciences.
1 volume grand in-8°, avec 12 planches hors texte tirées en taille douce.... 12 fr.
Syphilis et paralysie générale, par A. MOREL-LAVALLÉE et L. BÉLIÈRES, précédé d'une préface de M. le Professeur FOURNIER.
1 volume grand in-8° de 240 pages.... 5 fr.
Le sommeil provoqué et les états analogues, par le docteur A. LIEBEAUX (de Nancy).
1 volume in-18 jésus de 325 pages.... 4 fr.
Scènes et types du monde savant, par VICTOR MEUNIER.
1 volume in-18 jésus de 400 pages.... 4 fr.
La santé par l'exercice et les agents physiques, par le docteur MONIN.
1 volume in-8° carré de 200 pages broché.... 2 fr.
Cartonné toile souple.... 2 fr. 50.
Des névralgies vésicales, par le docteur H. HARTMANN.
1 volume.... 4 fr.
Urines, dépôts, sédiments, calculs, application de l'analyse urologique, à la séméiologie médicale, par E. GAUTRELET, avec une préface de M. le docteur LECORCHE.
1 volume in-18 jésus avec 80 figures.... 6 fr.
Nouvelles études sur la dipthérie, par le docteur JULES SIMON.
Brochure in-8° de 55 pages.... 1 fr. 25
Du lavage de la vessie, sans sonde, à l'aide de la pression atmosphérique, son application au traitement des cystites douloureuses, par le docteur LAVAUX.
Prix.... 4 fr.
De la Localisation des lésions de la phthisie, traduit de l'anglais et annoté par le docteur J. TUSSEAU, 2e édition.
1 volume cartonné avec 13 figures.... 3 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année N° 21 25 Mai 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

COMITÉ DE DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL

Séance du 13 mai 1889.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Maurat. M. Gibert, empêché.

Communication est donnée d'une lettre de M. le D[r] Geay, qui appelle l'attention du comité sur un membre de l'Association générale. Il en a fait partie pendant quinze ans ; malade, il a cessé de payer ses cotisations et se trouve dans une misère extrême. — Le comité décide qu'il sera fait des démarches près de l'Association générale en faveur de M. Legemble (d'Arcachon).

Mention est faite de la demande de M. le docteur B... adressée au *Conseil de direction de la Caisse de prévoyance des assurés sur la vie*, auquel le trésorier a répondu qu'il n'était pas dans les conditions voulues pour avoir recours à cette caisse.

Le docteur Barnay, de Roanne, a adressé au comité une demande d'assistance morale et pécuniaire, dans le règlement d'une question d'honoraires. Sur l'avis du Conseil judiciaire, il est conseillé à notre confrère de s'en tenir à la chose jugée.

Le Conseil de direction constate l'achat d'une Obligation foncière 1885, N° 567.822, au prix de 469 fr. 90, plus 1 fr. 20 de courtage, soit 471 fr. 10 c.

Il s'occupe ensuite de la question du Congrès et de diverses affaires.

Ont signé : MM. CÉZILLY, GASSOT et MAURAT.

UNION DES SYNDICATS

Séance du 13 Mai 1889.

Etaient présents : MM. Leroy, président, Cézilly, vice-président.

Retenus et se sont excusés par lettre, MM. *Dulaurier*, directeur du Bulletin, secrétaire-trésorier, M. *Destrem*.

M. Cézilly fait part de la lettre de démission de M. le D[r] *Millet* (de Crépy-en-Valois), membre du bureau. Cette démission n'a aucun rapport avec le fonctionnement de l'Union.

Le bureau regrette en conséquence cette détermination.

M. le D[r] *Lécuyer* au nom du *Syndicat d'Aisne-et-Vesle*, demande que des poursuites soient exercées au nom du bureau contre le sieur Comte de Bruc et surtout, qu'il tente de faire révoquer, par le ministère compétent, l'autorisation d'exercer en France qui a été conférée à ce charlatan (décret en date du 1[er] juin 1869, enregistré à la préfecture de la Seine, le 7 mai 1875 sous le n° 512).

Le président de l'Union fera les démarches nécessaires.

Le Syndicat de *Roanne* informe de son adhésion à l'*Union*, par lettre du mois d'avril.

Le Bureau félicite le Syndicat de sa décision, ainsi que le Syndicat de la Vienne, qui a pris la même détermination d'adhésion à *l'Union*.

On donne lecture de la lettre de M. le Dr *Palvado* (de Challans, Vendée) qui se plaint des procédés des Sociétés de secours mutuels à son égard et invoque l'intervention de l'Union. Le Bureau répond qu'il s'agit d'une affaire locale, que doit décider le Syndicat de *Challans*, qui a qualité pour solidariser les intérêts des quatre médecins de la localité.

Le Bureau prend connaissance des décisions de la commission de l'Exposition qui a admis *l'Union* à l'exposition *d'économie sociale*, section n° 3, où sont déposés tous les documents concernant l'organisation de *l'Union des syndicats médicaux de France*.

Déclaration du changement de domicile de l'Union a été faite en conformité de la loi du 21 mars 1884 (transfèrement du siège social, 23, rue de Dunkerque).

Ont signé :

A. Leroy, président ; Cézilly, vice-président.

COMMISSION DU CONGRÈS

Séance du samedi 13 mars.

Présents à la séance : MM. Lardier, Gassot, Cézilly, directeur du *Concours*, Maurat, Mounet, Toussaint. — Retenus : M. Gibert, du Havre et M. Leroy, de Villiers-le Bel, qui ayant assisté, le matin, à la séance de l'Union, s'est excusé de ne pouvoir revenir le soir.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance, qui est approuvé.

Mention est faite de toutes les dépenses engagées jusqu'à ce jour, qui s'élèvent seulement à la somme de 800 fr. pour frais de bureau, imprimés, circulaires, affranchissement, réunions etc..., depuis l'assemblée générale du Concours Médical, en novembre 1883, où le Congrès a été décidé.

Comme il avait été résolu en séance de *l'Union* et du *Concours Médical*, l'œuvre du Congrès a été poursuivie avec activité. Un grand nombre d'adhésions étaient arrivées, s'associant à l'idée du Congrès, si elles ne promettaient pas l'assistance certaine.

Le Congrès avait pour but principal de faire valoir devant ses futurs assistants les raisons nombreuses qui militent en faveur de la modification à imprimer à l'Association générale, en vue de la délivrance de l'indemnité de maladie et en vue de la concentration de partie de ses cotisations et retenues, pour, sinon créer, du moins régulariser à son grand bénéfice, l'œuvre de *l'assistance aux veuves et orphelins* de la profession médicale.

L'indemnité de maladie n'existe en aucune façon ; l'œuvre des veuves et orphelins existe en réalité, puisque cette année elle a reçu la grande part des 50,000 francs que les sociétés locales ont dépensés en secours. Mais, si l'œuvre était définie, elle aurait plus de ressources et plus d'efficacité.

La commission a donc été informée par MM. Cézilly, Lardier et Maurat que l'Association générale allait procéder à l'étude de ces deux graves questions.

La commission alors, considérant que les questions autres que les précédentes, avaient pour le Congrès et pour le corps médical, une grande importance assurément, mais que l'opinion de tous les médecins était faite à leur sujet ; que le Concours, en particulier, les avait toutes examinées depuis des années; qu'elles seraient traitées dans les Congrès d'*Assistance publique*, *d'hygiène* et autres ; que pour la *Revision* des lois sur la médecine, sur la pharmacie, sur les *syndicats*, pour les questions de *patente*, *médecine légale*, etc..., son action serait moins efficace et que d'ailleurs, à leur sujet, de nombreuses pétitions avaient été depuis longtemps déposées par le *Concours* et par d'autres Associations médicales... Qu'il convenait dès lors de surseoir au Congrès.

La commission, à l'unanimité, a décidé qu'elle s'ajournait et que, en réservant l'avenir, elle laissait à l'Association générale le soin de faire entrer dans l'esprit de tous les médecins, elle trouve pratiques les vœux qu'elle a pris en considération, la conviction de leur nécessité.

La séance a été levée à 7 heures du soir.

Ont signé les membres présents : Lardier, Gassot, Cézilly, Toussaint, Mounet, Maurat.

Inutile de dire que dans cette période d'études et de préparation, le *Concours* soutient énergiquement la proposition de son *directeur*.

Cette proposition ne consiste en aucune façon à créer une *Compagnie d'Assurances contre la maladie* ; elle ne consiste pas, non plus, dans la *constitution d'une Société mutuelle pour l'indemnité de maladie* : elle se formule ainsi.

L'Association générale, Société de secours mutuels, délivrera l'indemnité de maladie à ses sociétaires, comme le font toutes les Sociétés de secours mutuels.

Cette proposition de M. *Cézilly* lui est spéciale et c'est celle qu'il a proposée en séance, au nom de *l'Association de l'Oise*.

SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES VICTIMES DU DEVOIR MÉDICAL

Séance et Banquet du Comité de patronage.

Ainsi qu'il avait été décidé le 7 Mars 1889, en séance du Bureau, séance dont le procès-verbal a été publié et adressé à tous les membres de la Société, le comité de protection s'est réuni le jeudi 10 Mai, restaurant Marguery.

Etaient présents : MM. Roussel, président, Monod, Chauveau, vice-présidents, Chastaing, trésorier, Cézilly, secrétaire, et Lereboullet ; se sont excusés, par lettre : MM. Magnier, Nocard, Farcy, Brouardel, Nicolas, etc.

A été retenu, à la dernière heure, M. Maurat ; M. Cézilly, secrétaire, donne lecture de la correspondance : 1° d'une lettre de la femme de M. le Dr A..., d'A..., département du Gers, et médecin de la Compagnie de Panama, à qui on avait pu il y a un an, faire allouer une somme de mille francs ; ce médecin est toujours malade (Béribéri) et il n'a plus de ressources. Il ne fait partie d'aucune *Société médicale* ; néanmoins l'*Association générale* secourt par ses sociétés locales, ou par la caisse centrale, les étrangers à l'Association. C'est d'elle que relève le cas de M. le Dr A.

2° d'une lettre du Dr *Poirson* (de Viriville, Isère), qui appelle l'attention de la *Société de protection* sur la situation de dénuement de la fille et de la femme d'un officier de santé de l'Isère. Cette demande a paru également du ressort des Associations de secours médical ; c'est dans ce sens qu'il sera répondu à M. le Dr Poirson.

3° d'une lettre de M. le Dr Boutin, membre du conseil général de l'Association, et membre de la Commission administrative de l'Association de la Seine, *lettre ainsi conçue :*

Très honoré confrère,

J'ai été chargé par l'Association des *médecins de la Seine*, d'aller visiter et faire rapport sur une dame *veuve Mérandon*, dont le mari, le Dr Mérandon est mort, il y a quelques années, des suites d'une *angine couenneuse, contractée en soignant un enfant atteint de la même maladie.*

A la suite de circonstances trop longues à écrire, Mme Mérandon est tombée dans une profonde détresse.

Elle habite passage de Clichy, 6 (avenue de Clichy), une misérable chambre meublée que son hôtelier lui fait payer 30 fr. par mois, et qui vaut bien 15 fr. Elle paie bien difficilement, et elle est sur le point d'être expulsée.

M. Mérandon ayant eu la fâcheuse et habituelle inspiration de ne pas se mettre de l'Association, je n'ai pu remettre à sa malheureuse veuve que 200 fr., maximum de ce que l'Association donne à ses non-adhérents. Si notre confrère avait été de l'Association, sa veuve aurait pu obtenir jusqu'à 800 fr.

Ne serait-ce pas *pour la Société de protection des victimes du devoir professionnel*, Société dont je m'honore d'avoir été un des adhérents de la première heure, une belle occasion pour ses débuts dans sa noble mission ?

Mme Mérandon a 200 fr. de l'Association des médecins de la Seine, et 200 fr. de l'Association Générale. Plus 100 fr. du Ministre de l'Intérieur. Elle cherche à s'occuper et arrive *quelquefois* à gagner CINQUANTE CENTIMES par jour en faisant du crochet.

Ce qui la tue, c'est son loyer de 30 fr. par mois.

En lui achetant un bien modeste mobilier, le strict nécessaire, la Société de protection pourrait remettre cette infortunée à flot, et elle inaugurerait ses bienfaits dans une noble occasion.

Voyez donc si vous pouvez faire quelque chose de ce côté.

Votre bien dévoué,

Dr L. BOUTIN.

A la réception de cette lettre, le secrétaire s'est rendu au domicile de Mme Mérandon, qui lui a fourni des documents qu'il soumet à la réunion... Il a pris également les renseignements convenables dans la circonstance...

Nous reproduisons l'article de M. Francisque Sarcey paru à l'époque du décès du Dr Mérandon.

Le dévouement professionnel.

J'ai ou plutôt j'avais..., car la personne dont je vais parler vient de mourir et nous l'avons enterrée hier, j'avais donc pour voisin, rue de Douai, un docteur-médecin, nommé Mérandon, qui était bien le plus brave homme que j'aie connu. Il avait mérité, par son service dans les ambulances parisiennes, pendant le siège, d'être décoré de la Légion d'honneur. Tout le quartier l'aimait, car il était proprement le médecin des pauvres. Dans ces vastes maisons des Batignolles, qui sont des ruches bourdonnantes de ménages d'ouvriers, tous les petits enfants le connaissaient par son nom ; car il les avait soignés tous et il en avait sauvé plus d'un.

A quelque heure de nuit que l'on vînt sonner à sa porte, on le trouvait toujours prêt, que ce fût pour la loge de la concierge ou pour la dame du premier. Je crois même que, s'il eût été capable de quelque préférence, il eût soigné de meilleur cœur ceux qui ne pouvaient le payer de ses soins qu'en reconnaissance.

Je le voyais souvent passer sous mes fenêtres, comme il rentrait chez lui, très affairé, songeur, et le pas rapide.

— Eh bien, docteur ? Est-ce que vous avez des malades qui vous inquiètent ?

Il s'appuyait à la barre de la croisée ouverte, comme on fait en province, car ce bout de la rue de Douai rappelle un peu la petite ville. Nous causions ensemble un instant. Il me parlait de ses inquiétudes, non pour lui, le cher homme, qui était toujours content et gai, mais pour les pauvres diables qu'il soignait. On peut dire qu'il ne vivait que pour eux.

Il était habile dans son métier et homme de décision prompte. J'ai eu en deux occasions importantes l'occasion d'apprécier la justesse de son coup d'œil, la netteté de son esprit et la dextérité de sa main. Comme nous logions porte à porte, j'avais recours à son obligeance, dans ces circonstances soudaines où l'on n'a pas le temps d'aller chercher le médecin de la maison, le vieil ami en qui l'on a toute confiance.

C'est ainsi que des rapports de bon voisinage s'étaient établis entre nous, et que nous nous étions liés peu à peu. Il avait eu les commencements difficiles, et sa clientèle, qui était plus nombreuse que riche, lui imposait encore une vie assez étroite. On sait qu'à Paris tout médecin, avant d'être arrivé à la grande réputation, est obligé de traverser une phase laborieuse et ingrate, de dévouements sans compensations.

Ces jours derniers il fut appelé au lit d'un enfant qui se mourait d'une angine couenneuse. Comme il l'examinait, penché sur le visage du pauvre petit être râlant, quelques gouttes du liquide empoisonné jaillirent de la gorge du malade au visage du médecin. Ce sont les dangers ordinaires de la profession. Il n'y prêta donc, sur le moment, qu'une attention médiocre. Il se lava, pansa l'enfant et courut où l'appelaient d'autres souffrances.

Le soir il sentit un frisson. Il se mit au lit, il reconnut bientôt les terribles symptômes de l'angine couenneuse ; deux de ses confrères, qui avaient été ses maîtres, mandés en hâte à son chevet, ne purent que constater les progrès foudroyants du mal, sans le pouvoir enrayer.

Le lendemain il était mort.

Oh ! mon Dieu ! je ne veux pas faire de grandes phrases sur l'héroïsme de cette mort. C'est la mort du soldat ; c'est la mort du médecin.

Je crois qu'en France, il n'y a rien de moins rare que le dévouement professionnel. Les plus humbles en sont capables, comme les plus illustres. Il n'y a guère de médecin qui ne risque sa vie chaque jour, au chevet d'une maladie contagieuse. Il n'y prend pas garde ; c'est le métier. Le couvreur lui non plus, ne demande pas qu'on l'admire de remettre une tuile sur un toit en pente, à trente mètres du sol, où il risque de se casser les os. C'est le métier.

Affaire d'entraînement, affaire d'habitude !

L'entraînement repétrit en quelque sorte l'être tout entier et le prédispose à affronter les dangers, et l'habitude en même temps en dérobe la vue ou du moins vous familiarise si bien avec lui que vous pouvez l'oublier.

Si je parle ainsi, ce n'est assurément pas pour déprécier le mérite de ceux qui vont librement et de bon cœur au-devant du péril, et qui périssent pour l'avoir bravé. Le mépris de la vie est toujours un sentiment estimable, et le sacrifice que l'on en fait tient de l'héroïsme.

Ce que je veux dire, c'est que le dévouement n'est point, comme le croient ou comme le disent beaucoup de personnes pieuses, le partage exclusif de ceux qui professent une certaine religion ou qui ont revêtu une certaine robe. La foi, cela est évident, inspire de beaux sacrifices ; mais la science, elle aussi, compte de nombreux martyrs, qui tombent sur le champ de bataille, sans compter sur aucun prix de leur abnégation, et se croyant assez récompensés de leur vie perdue par l'honneur de l'avoir perdue pour une noble cause.

Je pense que l'on pourrait dire qu'en France tout homme aurait le courage de son métier et la sorte de dévouement qu'exige sa profession. Il y a des métiers plus périlleux les uns que les autres. Celui de prêtre ne l'est pas plus à coup sûr que celui de médecin.

Pourquoi se répandre sans cesse en effusions lyriques sur l'esprit de sacrifice qui anime le clergé et que lui inspire sa robe ?

L'habit noir du médecin inspire tout aussi bien l'héroïsme, et lui en rend la nécessité plus fréquente.

J'ignore quels étaient les sentiments religieux de M. Mérandon : les compliments qu'il me faisait sur les tendances du journal pouvaient n'être que des politesses et ne point tirer à conséquence. Mais je suis sûr qu'avant d'être un catholique fervent ou un libre-penseur décidé, il était un médecin, c'est-à-dire un homme déterminé à accomplir jusqu'au bout les devoirs de son état.

Me serait-il permis de faire une dernière réflexion, qui n'a aucun rapport avec les considérations précédentes, mais que cette mort si soudaine, si imprévue, peut éveiller chez tout le monde.

M. Mérandon gagnait de quoi vivre honorablement avec les siens. Il a négligé de s'assurer sur la vie. Il ne laisse rien, rien que le renom d'un honnête homme et d'un médecin habile.

Il y a là un avertissement salutaire pour nombre de personnes, et surtout pour les femmes, qui ont toutes, en France, la rage de détourner leurs maris de s'assurer sur la vie.

Francisque Sarcey.

Après examen approfondi de la situation, le Comité décide : 1° que Mme Vve Mérandon se trouve dans les conditions requises pour obtenir la *protection* de la Société.

2° Il vote une somme qui sera employée à l'achat d'un mobilier et à l'acquittement des petites dettes de sa protégée.

En outre le Trésorier conservera une somme suffisante pour pourvoir aux besoins les plus pressants de Mme Mérandon.

En dehors de cette assistance pécuniaire qui ne doit être que l'accessoire de l'action de la

société, il y aura les démarches à faire pour qu'un emploi en rapport avec l'âge, la santé et les aptitudes de Mme Vve Mérandon puisse lui être procuré dans un service hospitalier, après l'apprentissage convenable.

En ce qui concerne l'emploi des fonds de la Société, le Bureau décide que provisoirement les fonds demeureront placés en titres et que, sur la somme disponible en espèces, la somme allouée à Madame veuve Mérandon sera prélevée.

La séance est suivie d'un repas au cours duquel les convives prennent des résolutions au sujet de la propagande à faire en faveur de *l'œuvre des victimes du Devoir médical.*

On se sépare après avoir applaudi au toast de M. Th. *Roussel*, lorsqu'il remercie chaleureusement les membres du *Comité* qui ont obtenu des subventions et des souscriptions, notamment MM. *Nicolas*, *Maurat* et *Monod*.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE

Nous avons encore une bonne nouvelle à donner à nos lecteurs.

Nous leur disions en 1887, et nous répétions en 1888, que la création du *Syndicat de la presse médicale* était une nécessité pour le corps médical ; que les journalistes médicaux, représentants autorisés de leurs lecteurs, pourraient beaucoup, une fois associés, pour le bien de la profession.

Nous avions, dès cette époque, rendu de nombreuses visites à nos collègues du journalisme et nos ouvertures avaient reçu un accueil favorable.

Depuis lors, M. le Dr de Ranse, de concert avec nous, a pris en mains la constitution d'une association et, assisté par M. le professeur Cornil, a réussi à la constituer.

Le premier acte des *Syndics* a consisté dans l'obtention, pour chaque journal, d'une *carte de presse permanente pour l'exposition*, carte qui leur donne la faculté de pénétrer à toute heure et surtout aux heures d'études, et la jouissance des avantages que procure aux journalistes le *Pavillon de la presse* édifié par les diverses *Associations de la presse*.

Le premier *banquet de la presse médicale* a eu lieu le 1er vendredi de Mai, restaurant Marguery. Les deux tiers des journalistes associés assistaient à ce repas. Il a été d'une parfaite cordialité et cette première réunion permet de bien augurer de l'avenir.

Les syndics ont soumis à leurs collègues, diverses propositions :

1° Le Bureau fera des démarches auprès des questeurs des Chambres et du Comité de la presse en vue d'obtenir que les journalistes médecins soient admis de droit aux séances du Sénat et de la Chambre présentant un *intérêt médical.*

2° Il entrera également en relations avec le *Syndicat des Compagnies de chemins de fer*, pour obtenir que, contre insertions de certains avis, publiés par les journaux de médecine, des permis de circulation leur soient accordés.

3° Le conseil syndical étudiera la possibilité de donner à la presse étrangère un banquet auquel il invitera tous les médecins Français éminents à souscrire. Il a paru convenable qu'à l'occasion de *l'Exposition*, la jeune *Association de la presse médicale* pût accueillir dignement la presse médicale étrangère et lui procurer le jour du banquet, dont la date sera fixée ultérieurement, des visites à l'Exposition ou dans Paris capables d'intéresser les invités.

La date qui a paru la plus propice est, quant à présent, la période des Congrès médicaux importants, du 28 juillet au 8 août.

Nous publions ci-après la liste des membres de l'Association et les *Statuts*.

Sur cette liste devait figurer le *Journal de médecine de Bordeaux*, adhérent de la première heure. Nous la compléterons en indiquant les journaux des départements auxquels les syndics sont chargés d'offrir le titre de *membres fondateurs*.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE

STATUTS.

Article premier. — Il est établi à Paris, sous le bénéfice de la loi de 1884, un syndicat professionnel sous la dénomination d'*Association de la Presse médicale*.

Art. 2. — Cette Association a pour but et pour objet l'étude et la sauvegarde des intérêts de la Presse médicale.

Art. 3. — Elle comprend des membres fondateurs et des membres titulaires, jouissant exactement les uns et les autres des mêmes droits.

Art. 4. — Sont membres fondateurs les signataires des présents statuts.

Art. 5. — Pour faire partie de l'Association comme membre titulaire, il faut : 1° être docteur en médecine ; 2° être propriétaire, directeur, rédacteur en chef d'un journal de médecine ou délégué en vertu d'un pouvoir régulier ; 3° être présenté par deux membres de l'Association ; 4° être élu en Assemblée, à la majorité des membres de l'Association, sur les conclusions d'un rapport qui est confié à un membre autre que les deux parrains ; les membres absents peuvent voter par correspondance ou par procuration.

Art. 6. — Chaque journal ne peut avoir qu'un seul représentant au sein de l'Association.

Art. 7. — L'Association est administrée et représentée en toute occasion par trois syndics élus par elle et renouvelables par tiers tous les ans. Le sort désignera les deux sortants pour la première période triennale. Les syndics sortants sont rééligibles.

Art. 8. — L'Association a pour siège social la résidence de l'un des syndics.

Art. 9. — Les membres de l'Association paient une cotisation annuelle de trente francs, réduite à quinze francs pour les membres de province.

Art. 10. — L'Association se réunit trimestriellement le deuxième vendredi de février, mai, août et novembre, et cette réunion est suivie d'un banquet confraternel dont les cotisations servent à couvrir les frais.

En dehors de ces réunions statutaires, l'Association peut se réunir extraordinairement sur la convocation des syndics.

Paris, le vingt et un février mil huit cent quatre-vingt-neuf.

Ont signé, et sont par conséquent membres fondateurs de l'Association :

MM. Auvard : *Archives de tocologie.*
Bardet : *Les nouveaux remèdes.*
Bottentuit : *France médicale.*
Bouchut : *Paris médical.*
Bourneville : *Progrès médical.*
Cadet de Gassicourt : *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.*
Cézilly : *Concours médical.*
Charcot : *Archives de neurologie.*
Cornil : *Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.*
Doléris : *Archives nouvelles d'obstétrique et de gynécologie.*
Dujardin-Beaumetz : *Bulletin général de thérapeutique.*
Duplay : *Archives générales de médecine.*
Galezowski : *Recueil d'ophthalmologie.*
Gouguenheim : *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*
Huchard : *Revue générale de clinique et de thérapeutique.*
Joffroy : *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique.*
Laborde : *Tribune médicale.*
Landouzy : *Revue mensuelle de médecine.*
Lereboullet : *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*
Le Sourd : *Gazette des hôpitaux.*
Lucas-Championnière : *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*
A. J. Martin : *Revue d'hygiène et de police sanitaire.*
Mary-Durand : *Courrier médical.*
De Maurans : *Semaine médicale.*
Nicaise : *Revue mensuelle de chirurgie.*
Panas : *Archives d'ophthalmologie.*
Prengrueber : *Bulletin médical.*
De Ranse : *Gazette médicale de Paris.*
Richelot : *Union médicale.*
Ch. Richet : *Revue scientifique.*

Les trois syndics élus sont MM. Cézilly, Cornil et de Ranse.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diabète à évolution lente

M. *Worms* estime, d'après l'examen de quarante et un malades qu'il a suivis pour ainsi dire jour par jour, que le diabète à évolution lente est la forme la plus commune du diabète ; il comporte souvent la guérison et, en tout cas, une longévité considérable.

D'après ce distingué confrère, aucune des théories en cours sur la pathogénie du diabète ne trouve sa confirmation constante dans l'observation clinique. Chacun fait son diabète à sa façon, comme le disait familièrement Bouchardat.

Dans les observations de M. Worms bien des symptômes cardinaux du diabète ont fait souvent défaut (soif, polyurie, amaigrissement, altération des dents).

Au point de vue clinique (en mettant à part les glycosuries toxiques ou accidentelles qui s'observent, dans le cours d'une foule de maladies : choléra, diphthérie, morphinisme[1], la distinction entre la glycosurie chronique et le diabète sucré ne se justifie pas.

Parmi les observations de M. Worms, une des plus remarquables est celle d'un individu atteint deux fois de coma diabétique suivi de guérison. Le début des accidents comateux a coïncidé chaque fois avec une brusque disparition du sucre, dont la réapparition en grande quantité (65 grammes), a eu lieu au moment où la réaction rouge, formée par le perchlorure de fer, attribuée à la présence de l'acétone dans les urines, cessait d'exister et que les accidents graves s'amendaient.

Des analyses d'urine fréquemment répétées ont permis de constater les variations singulières qui se produisent sans influence appréciable et qui signalent parfois des oscillations de 30 à 50 grammes de sucre en plus ou en moins dans la même journée.

Le traitement le plus favorable repose sur le principe suivant : maintenir au plus haut degré l'énergie vitale et l'intégrité des fonctions digestives. On arrive à ce but par l'application du régime alimentaire institué par Bouchardat.

(1) Académie de médecine, 14 mai.

M. Worms a abandonné le pain de gluten, et, quand les malades peuvent sans inconvénient en faire usage, autant vaut leur laisser manger du pain en quantité proportionnelle, soit environ 45 %.

Comme médicaments, le sulfate de quinine à la dose de 0,20 à 0,30 par jour, l'opium, l'arsenic ont donné de bons résultats. Les effets du bromure de potassium sont fâcheux ; ceux de l'antipyrine sont bons, mais passagers. Mais, quel que soit le médicament employé, il faut soutenir les forces des malades. Il ne peut y avoir un traitement spécifique dans une maladie qui ne l'est à coup sûr pas et qui provient des troubles organiques ou fonctionnels primitifs les plus divers et presque toujours les plus obscurs.

Moyens propres à prévenir la contagion dans les hôpitaux d'enfants.

M. *Comby* a lu à la Société médicale des hôpitaux, au nom d'une commission composée de MM. Cadet de Gassicourt, Grancher, Sevestre, Labric, Jules Simon, Descroizilles, Ollivier, d'Heilly, Legroux, Hutinel, Comby, un rapport sur les moyens à prendre pour diminuer la contagion dans les hôpitaux d'enfants. En voici les conclusions :

Pour prévenir les dangers de contamination par les consultations hospitalières, un interne spécial sera chargé de faire la sélection des enfants avant leur entrée dans la salle d'attente commune ; il aura pour mission de recevoir d'urgence, dans les pavillons d'isolement, les enfants atteints de maladies contagieuses, et de diriger dans des salles distinctes de la salle d'attente commune les contagieux qui ne viennent que pour la consultation.

Des chambres d'isolement, en nombre suffisant pour recevoir les cas douteux, seront construites dans chaque hôpital d'enfants.

Les pavillons d'isolement de la diphthérie devront être pourvus de chambres à lit unique, en nombre suffisant, pour les cas de diphthérie associée à d'autres maladies contagieuses. Ces chambres, quoique annexées au pavillon, devront être cependant suffisamment isolées.

Chaque hôpital d'enfants doit être pourvu au moins de trois pavillons d'isolement pour la diphthérie, la rougeole, la scarlatine et d'un quatrième pavillon, dit de *rechange*.

L'Administration est invitée à remplacer les grandes salles par des salles de 6 à 8 lits dans la construction des pavillons futurs.

Le personnel de chaque pavillon devra être isolé des autres personnels dans la mesure du possible.

Le personnel hospitalier (infirmiers et infirmières) et le personnel médical (élèves) seront augmentés suivant les nécessités du service, et conformément à l'avis des médecins.

L'hôpital Trousseau sera pourvu, dans le plus bref délai, d'une étuve à vapeur sous pression, semblable à celle qui a été installée et qui fonctionne dans les deux autres hôpitaux d'enfants.

Tous les vêtements, toute la literie, tous les objets (y compris les jouets) qui auront pu être souillés par des enfants atteints ou soupçonnés de maladies contagieuses seront désinfectés par l'étuve ; seront également passés à l'étuve les vêtements et couvertures qui servent au transport des enfants suspects à l'hôpital ; il en sera de même des vêtements de tous les enfants, quels qu'ils soient, qui entrent à l'hôpital, même pour une affection chirurgicale.

Aux pavillons d'isolement seront annexés des vestiaires indépendants des salles, avec blouses pour les élèves, lavabos et substances antiseptiques.

Les mêmes mesures sont applicables aux salles communes.

Tous les rideaux, non seulement des lits, mais aussi des fenêtres, seront supprimés dans les pavillons d'isolement et remplacés par des stores extérieurs.

L'amphithéâtre d'autopsie de chaque hôpital d'enfants sera considéré et traité comme un pavillon d'isolement ; il sera pourvu de blouses, de manches imperméables, d'eau chaude et froide, et de tout ce qui est nécessaire pour le nettoyage aseptique des mains.

La Société Médicale des Hôpitaux émet le vœu que la somme de 200.000 francs, destinée par le Conseil de surveillance à l'amélioration du mobilier des services hospitaliers, soit intégralement attribuée aux hôpitaux d'enfants.

Hystérie et onomatomanie.

L'onomatomanie est une variété d'obsession mentale dans laquelle l'individu est tourmenté par le besoin de retrouver un nom qui lui échappe ou bien est hanté sans cesse par le retour d'un nom dans sa mémoire. Deux observations d'onomatomanie ont été rapportées par M. *Séglas* dans la séance du 12 avril, de la Société des hôpitaux. Chez un des malades il y avait alternativement des attaques banales d'hystérie et des accès d'onomatomanie. Dans d'autres cas les deux ordres de phénomènes se succèdent sans interruption. M. *Ballet* a vu lui un malade qui éprouvait le besoin impérieux de répéter certains mots ; lorsque le mot, cause de l'obsession, venait à lui échapper, il éprouvait une telle angoisse que souvent une crise nerveuse avec perte de connaissance en était l'aboutissant. C'était en définitive une attaque d'hystérie provoquée par l'anxiété qu'avait amenée elle-même l'obsession onomatomaniaque, et la crise totale était composée de deux phases, phase d'obsession pour le mot, phase hystérique. C'est là un nouvel exemple de l'association de deux névroses.

Accidents réflexes spasmodiques d'origine gastro-intestinale.

M. de Beurmann consacrait récemment une étude à la tétanie d'origine gastrique (1). M. *Ballet* pense que M. de Beurmann a exagéré la gravité du pronostic. M. Ballet vient d'observer récemment trois cas d'accidents spasmodiques bénins chez des malades atteints de troubles gastro-intestinaux; deux des malades à la suite de gastrites toxiques éprouvèrent de la tétanie localisée aux muscles du poignet ; un autre eut des mouvements hémichoréiques au cours d'un cancer de l'estomac avec dilatation secondaire de cet organe.

La théorie de l'auto-intoxication à laquelle M. de Beurmann s'est rattaché est acceptable pour une part ; mais il ne faudrait pas faire table rase de l'influence des réflexes. La pathogénie des accidents tétaniformes graves, mortels, dont a parlé M. de Beurmann n'est peut-être pas d'ailleurs la même que celle d'une foule de spasmes bénins

(1) *Concours Médical* du 30 mars 1889.

d'origine gastro-intestinale ; il se peut que les premiers ressortissent à l'intoxication. Mais les autres dépendent probablement plutôt d'un réflexe. M. Ballet a vu dans ses faits personnels les accidents spasmodiques apparaître à la suite de manœuvres prolongées d'exploration, de palpation de l'abdomen.

Il est possible que l'intoxication crée la prédisposition et rende ainsi plus facile l'influence de l'irritation périphérique. Deux des malades de M. Ballet étaient des alcooliques ; les crampes, qui sont une forme de spasmes, sont fréquentes chez les intoxiqués par l'alcool ; l'exagération des réflexes tendineux qui existait aussi est encore un indice de réflectivité excessive.

L'épilepsie vermineuse ne survient que chez les individus atteints de mal comitial ; le tænia n'agit que comme agent provocateur.

En résumé, M. Ballet croit qu'une part positive doit être faite au mécanisme de l'action réflexe dans la genèse de certains accidents spasmodiques qu'on observe chez des individus atteints de troubles gastro-intestinaux.

MÉDECINE PRATIQUE

La syphilis tertiaire des voies respiratoires.

(Fin).

II.

TRACHÉOPATHIES ET BRONCHOPATHIES.

Gommes, ulcérations, cicatrices sont, dans la trachée et les bronches comme dans le larynx, les trois étapes de la syphilis tertiaire. Mais on comprend que la question de siège prime celle de nature au point de vue des conséquences ; les lésions syphilitiques de la trachée et des bronches ayant une symptomatologie spéciale réclament donc une description particulière.

La syphilis tertiaire affecte moins fréquemment la trachée et les bronches que le larynx ; les lésions dont nous parlons surviennent, en général, chez des individus qui sont depuis longtemps infectés, quatre, dix, trente, quarante ans après le chancre ; exceptionnellement, dans certaines syphilis où la période tertiaire est rapidement atteinte, on a vu les voies aériennes présenter des lésions gommeuses neuf mois après l'infection.

Les lésions siègent rarement à la partie moyenne de la trachée ; on les trouve en général à la partie inférieure, au voisinage de la bifurcation bronchique ou bien sur les grosses bronches elles-mêmes. Elles débutent par de petites saillies arrondies qui rappellent l'aspect des follicules de la base de la langue et qui sont plus ou moins confluentes. Ce sont de petites *gommes* dont le ramollissement aboutit à la formation d'*ulcérations*, parfois très étendues quand les tumeurs gommeuses étaient confluentes. L'infiltration gommeuse se fait, dans d'autres cas, non plus par dépôts circonscrits, mais d'une manière diffuse dans la muqueuse et le tissu sous-muqueux ; quand cette nappe d'infiltration s'est mortifiée, la perte de substance peut être considérable, d'autant plus qu'elle s'étend en profondeur, mettant à nu les anneaux cartilagineux, les détruisant et perforant même complètement les parois de la trachée.

La fonte des infiltrats gommeux n'est d'ailleurs pas plus la seule cause de tous ces désordres que le bacille tuberculeux n'est seul responsable de la formation des cavernes de la phthisie ; il faut faire la part des infections secondaires, en particulier des microbes pyogènes, qui, apportés par l'air, viennent se greffer sur l'ulcération syphilitique aussi bien que sur l'ulcération tuberculeuse. C'est ainsi que la périchondrite suppurée, que des adénopathies suppurées des ganglions péri et inter-trachéobronchiques viennent contribuer à accroître la désorganisation de la région.

A cette période d'ulcération, succède habituellement une période de *cicatrisation* par formation de brides fibreuses, de tractus scléreux dont la rétraction progressive et énergique a pour effet de rétrécir et de déformer la trachée. Si la perte de substance était régulièrement annulaire, la cicatrice peut affecter la forme d'une sorte de diaphragme, ne laissant libre en son milieu qu'une étroite lumière ; dans les cas où l'ulcération ne portait que sur une des parois de la trachée, le *rétrécissement* peut se trouver sur la partie latérale et non plus dans l'axe médian de la trachée. Quand il y avait des ulcérations nombreuses, portant sur une hauteur de plusieurs centimètres, les points coarctés peuvent être multiples, étagés, et pour peu que des fragments d'anneaux cartilagineux aient été détruits par le processus ulcéreux le squelette cartilagineux s'affaisse ; la sclérose du périchondre et des cicatrices chéloïdiennes de la muqueuse, ne rencontrant plus aucune résistance, produit une diminution de la longueur de la trachée et un *abaissement du larynx*.

Quand la lésion ulcéreuse a porté, comme on l'a vu dans certains cas, sur l'une des bronches seule à peu de distance de leur origine, le rétrécissement qui en résulte n'aura de retentissement que sur un seul poumon et créera des conditions particulières d'auscultation.

Les symptômes de la trachéopathie et de la bronchopathie syphilitique sont le plus souvent très insidieux. On cite des cas où le premier signe a été l'apparition brusque de *symptômes d'asphyxie* par suite de la chute d'un fragment de tissu nécrosé (muqueux ou cartilagineux) qui, devenu flottant, s'oppose au passage de l'air, au même titre qu'un corps étranger introduit par le larynx. En général, le malade se plaint d'abord d'une sensation de gêne, de cuisson, de corps étranger derrière le sternum, sensation qui provoque la toux, une expectoration peu abondante, d'aspect variable, et est, au bout de quelque temps, suivie d'une certaine gêne respiratoire. Si le malade est un syphilitique avéré, on peut penser d'emblée à quelque nouvelle manifestation de l'infection dont on a déjà eu à combattre des accidents secondaires ou tertiaires. Mais il est bien rare qu'il en soit ainsi ; le plus souvent, le malade comme le médecin pensent, suivant l'intensité et la modalité qu'affectent les symptômes, à une trachéo-bronchite rebelle, à la tuberculose ou à quelque accès d'asthme. Mais, à mesure que le tableau clinique se précise, ces divers diagnostics deviennent de moins en moins satisfaisants. La douleur rétro-sternale prend un caractère de *constriction* plus accentué ; l'inspiration devient sifflante, bientôt il s'agit d'un vrai *cornage*, et la *dyspnée* est croissante, continue, avec des accès d'angoisse paroxystique. Une fois sur six, on note ce fait signalé par M. Trélat, que la phonation reste intacte, malgré l'intensité de la dyspnée et du cornage, et l'éminent professeur a vu là un moyen de diagnostic différentiel entre les affec-

tions du larynx et celles de la trachée ; mais souvent la voix prend une certaine raucité par suite d'une laryngopathie concomitante ou d'un catarrhe laryngien consécutif à l'élimination des produits sécrétés par la trachée et les bronches. En tout cas, *la dyspnée précède toujours la raucité de la voix.*

L'expectoration ne manque guère à partir de la période d'ulcération ; les crachats sont d'abord muqueux, puis visqueux et gommeux, striés de sang, muco-purulents et nummulaires ; on y trouve quelquefois des débris solides de tissus reconnaissables, lambeaux de muqueuse, fragments de cartilage. — Puis le malade peut voir diminuer son expectoration, ses sensations douloureuses, et jouir pendant quelque temps d'une amélioration relative jusqu'au moment où les signes de sténose trachéale réapparaissent et deviennent permanents (dyspnée et cornage constants). A ce moment, l'idée qui vient souvent au médecin, c'est qu'il peut exister quelque compression dans le médiastin : anévrysme, cancer ou autre tumeur, et si aucune raison ne milite pour aucune de ces suppositions particulières, l'hypothèse d'une manifestation syphilitique se présente enfin à l'esprit.

Les phénomènes stéthoscopiques ne sont pas, en général, d'un grand secours. On peut entendre, suivant la disposition des lésions, soit uniquement le cornage trachéal, soit des sibilances et des ronchus, exceptionnellement un bruit de drapeau ou de soupape si un fragment pédiculisé de muqueuse ou de cartilage est flottant dans le conduit aérien. Il y a lieu de localiser avec autant de précision qu'on le pourra le point fixe où on entendra le maximum des bruits morbides qui vont en décroissant à mesure que l'oreille s'éloigne de ce point. — En cas de rétrécissement siégeant à l'origine d'une seule des grosses bronches, on sera frappé de l'extrême différence d'intensité entre le murmure respiratoire dans les deux poumons ; bien que tous deux soient demeurés sonores, ce qui écarte l'idée d'un épanchement pleural, d'une induration tuberculeuse ou cancéreuse du parenchyme, il y a un côté où le murmure respiratoire est uniformément nul ou très affaibli. Certaines adénopathies bronchiques ou la compression de la bronche par un anévrysme peuvent seules réaliser cette particularité stéthoscopique comme le rétrécissement bronchique unilatéral.

Nous rappelons que l'abaissement permanent du larynx est une conséquence du raccourcissement de la trachée et que la constatation de ce signe indiqué par Demarquay est un bon élément de diagnostic.

Les lésions trachéo-bronchiques syphilitiques ne sont pas toujours isolées et le tableau clinique est plus compliqué, le diagnostic plus difficile encore s'il existe des lésions du poumon et du larynx.

L'évolution des trachéo-bronchopathies tertiaires peut aboutir dans la période de fonte ulcéreuse, soit à un état de marasme (amaigrissement, sueurs nocturnes, diarrhée), qu'on a appelé phthisie trachéale, soit à quelque complication de broncho-pneumonie putride secondaire, soit à une mort presque subite par chute d'un fragment nécrosé dans le canal aérien.

Le diagnostic précoce pourrait sauver certains malades qu'on soumettrait à un traitement spécifique énergique. Si le malade franchit la période d'ulcération, il peut encore aboutir à la cachexie graduelle par hématose insuffisante, si le rétrécissement cicatriciel est très étroit et siège trop bas pour qu'on puisse tenter la trachéotomie suivie de cathétérisme dilatateur.

III.

PNEUMOPATHIES SYPHILITIQUES.

Si on n'avait à envisager que l'anatomie pathologique, les lésions syphilitiques tertiaires du poumon se présenteraient avec une assez grande simplicité. En laissant de côté la syphilis pulmonaire héréditaire des nouveau-nés, qui revêt en général l'apparence d'une pneumonie chronique interstitielle diffuse (pneumonie blanche de Wirchow), les pneumopathies syphilitiques de l'adulte peuvent être réduites anatomiquement à deux formes très tranchées : les *gommes*, avec leur marche ordinaire de tumeurs, destinées à se ramollir, s'ulcérer et leur tendance à se cicatriser en s'entourant d'une coque fibreuse par un travail de sclérose circonscrite (processus scléro-gommeux); — et la *sclérose générale*, cirrhose diffuse, pneumonie interstitielle, phthisie fibroïde, de quelque nom qu'on veuille l'appeler.

GOMMES DU POUMON. — *Volume.* Très nombreuses et petites, d'un petit pois à une cerise, elles peuvent être confondues, si on n'y regarde pas de près, avec des noyaux tuberculeux. Ou grosses comme un œuf de poule, elles sont peu nombreuses, deux, quatre, cinq.

Siège dans un seul poumon ou dans les deux ; plutôt vers la partie moyenne de l'organe, bien qu'on les ait rencontrées à toute hauteur, en tout cas sans prédilection pour le sommet, à l'inverse de la tuberculose. Cette différence de localisation s'explique par la différence des voies de pénétration de l'agent infectieux. Le bacille tuberculeux vient par l'air ; sans doute il se dépose un peu au hasard dans les bronches ; mais, comme il lui faut pour se développer un terrain local spécial, il le trouve dans les parties du poumon où la fonction respiratoire est moins active, dans les sommets. Le germe encore mal connu de la syphilis, que ce soit le bacille de Lustgarten ou un autre microbe, arrive par la voie sanguine, c'est-à-dire un peu partout à la fois, et nous savons qu'il peut coloniser en tous les points de l'organisme à peu près indistinctement, puisqu'il n'est guère de région où on n'ait trouvé des gommes.

Aspect de la gomme : masse au début compacte, grisâtre, presque translucide, plus tard d'un blanc jaunâtre ; son tissu est sec, friable ou gélatiniforme, mais ne laisse pas écouler de suc à la section ; une zone fibreuse, grisâtre, nacrée, déjà l'entoure, et quelquefois semble l'énucléer hors du parenchyme. Mais le syphilome circonscrit ne reste pas en cet état ; néoplasie pauvre en moyens de nutrition, non vasculaire, la gomme subit la dégénérescence granulo-graisseuse et le ramollissement du centre à la périphérie. Exceptionnellement, le contenu dégénéré peut être résorbé sur place ; le plus souvent l'ulcération d'une bronche voisine livre passage au contenu gommeux, qui est évacué par l'expectoration. A partir de ce moment, la gomme est transformée en une caverne, dont les parois sont tapissées intérieurement par une substance blanche, caséeuse, vestige du tissu gommeux en voie d'élimination. Mais bientôt la cavité communiquant avec la bronche reçoit les nombreux microbes que l'air apporte et notamment les microbes pyogènes ; le contenu

de la caverne devient puriforme ou franchement purulent. On s'en aperçoit au changement de caractère de l'expectoration, qui, après avoir été filanto et séro-gommeuse, devient très analogue à celle des phthisiques. Extérieurement, les cavités gommeuses sont doublées par un tissu condensé dur, grisâtre, fibroïde. — A une période plus avancée, la rétraction des parois de la gomme en produit quelquefois l'oblitération, et on ne constate plus à l'autopsie qu'une cicatrice déprimée et froncée ; cependant on rencontre presque toujours au centre un petit noyau sec, caséeux. Si les gommes étaient superficielles, petites et nombreuses, la surface externe du poumon peut apparaître constellée de dépressions cicatricielles étoilées à fond gris bleuâtre. — Ajoutez-y souvent des lésions pleurales (épaississement, cloisonnement) et quelquefois ganglionnaires (masse de ganglions fusionnés, grisâtres et pierreux au niveau du hile).

SCLÉROSE. — L'autre forme de pneumopathie syphilitique est la phthisie fibroïde des auteurs anglais, cirrhose du poumon de Corrigan, c'est la sclérose broncho-pulmonaire avec toutes ses conséquences, catarrhe bronchique chronique avec ou sans dilatation des bronches, induration fibreuse de la trame interstitielle du parenchyme, épaississement scléreux et adhérences résistantes des plèvres, telles sont les altérations qu'on rencontre dans toute phthisie fibroïde, qu'elle soit le résultat d'inhalation de poussières minérales (phthisie des mineurs, des tailleurs de pierre), ou de l'irritation par des germes microbiens (certaines tuberculoses marchent ainsi), ou par les produits chimiques solubles fabriqués par ces germes : le virus syphilitique peut réaliser cette irritation. Mais il est probable que le mode réactionnel dépend pour une part de la nature du terrain, c'est-à-dire du tempérament du syphilitique. Envahi par le germe tuberculeux, le poumon d'un lymphatique se ramollira et s'ulcèrera promptement, celui de certains arthritiques réagira en se sclérosant. Peut-être en est-il de même au regard de la syphilis et certains individus sont-ils appelés par leur constitution à faire la pneumopathie scléreuse diffuse.

Disons en passant qu'on a discuté à une certaine époque les rapports de la phthisie tuberculeuse avec la vérole. On a vu la gomme et le tubercule évoluer parallèlement, côte à côte, chez un malade qui, guéri du syphilôme, fut emporté par le bacille (Gouguenheim). En outre, l'infection vénérienne peut rendre un individu prédisposé plus vulnérable en face du bacille tuberculeux.

L'altération scléreuse débute autour des bronches de moyen calibre, leur constitue peu à peu des manchons de tissu chondroïde, bleuâtre, brillant, quelquefois noirâtre et pigmenté, qui s'étendent progressivement jusqu'aux parois des lobules et des alvéoles. Suivant sa disposition, ce tissu, très rétractile, peut amener soit l'ectasie, soit la sténose des cavités bronchiques.

Le processus irritatif, se propageant au parenchyme, entraîne presque toujours la production d'un certain degré de pneumonie catarrhale à côté de la pneumonie interstitielle. Les alvéoles s'encombrent d'un magma constitué par les cellules épithéliales de leurs parois transformées en détritus granuleux ; quand ces amas, incessamment accrus, ont obstrué par compression les vaisseaux sanguins, la mortification s'en empare, et on voit se former de nombreux nodules caséiformes du volume d'une tête d'épingle à celui d'une fève.

Notre confrère, L. Jullien, qui vient de conquérir au concours le titre de chirurgien de Saint-Lazare, a fait une *description clinique* fort remarquable des deux formes de pneumopathie.

Dans la FORME GOMMEUSE, les premiers signes ou symptômes perceptibles commencent à la période d'ulcération, c'est-à-dire d'évacuation du contenu dans la bronche ; on peut alors constater les phénomènes cavitaires pour ainsi dire à froid, sans élévation de la température locale, concurremment avec une expectoration d'un liquide séreux contenant des grumeaux jaunâtres, quelquefois du sang, du pus, rarement des débris de tissu pulmonaire, jamais de bacilles de Koch, à moins de coexistence de tuberculose. On perçoit le souffle caverneux, les râles muqueux, le gargouillement, la voix tubaire, la pectoriloquie, la toux quinteuse. Encore faut-il que la gomme et la cavité qui lui succède soient dans des régions accessibles à l'auscultation ; si les phénomènes se passent dans la profondeur du parenchyme, nous pourrons voir l'expectoration, constater la toux et la dyspnée, sans percevoir les signes stéthoscopiques, de même que certaines pleurésies interlobaires enkystées ne se révèlent que par des vomiques. Au bout de quelque temps, la cachexie se déclare, paraissant toujours peu en rapport avec la faible étendue apparente des lésions locales ; teint terreux, anorexie, amaigrissement ; il est rare que le malade ait des sueurs nocturnes, de la diarrhée ou une élévation de la température, si ce n'est tout à fait à la fin. La mort survient lentement avec une oppression croissante et par dépérissement général.

Cette terminaison fatale n'est que trop fréquente en dépit des rares cas de guérison qui ont été cités. Cette forme gommeuse est celle qui prête le plus à la thérapeutique, quand on fait ce diagnostic à temps et qu'on institue sans tarder le traitement spécifique.

Dans la FORME SCLÉREUSE, nous avons le tableau du catarrhe bronchique chronique avec ou sans bronchiectasie. Début latent, insidieux ; peu à peu la *diminution du champ respiratoire*, due à la compression des alvéoles par l'infiltrat, provoque une dyspnée graduellement croissante. L'*irritation bronchique* se traduit par une toux légère et des crachats spumeux. L'hémoptysie est rare, on l'a notée pourtant dans quelques cas fréquente et abondante. Puis viennent les signes physiques d'*induration du parenchyme* et de *rétrécissement des canaux aériens* ; diminution de la sonorité, augmentation des vibrations vocales, bruit respiratoire rude ou râpeux, expiration prolongée.

Si la *dilatation bronchique* s'est produite en certains points, elle peut se traduire par une matité et un souffle circonscrit avec bronchophonie et râles plus ou moins gros.

Tout cela est, en somme, assez vague, et on comprend que le diagnostic étiologique d'un pareil ensemble symptomatique est toujours embarrassant. Dans la plupart des cas, on ne diagnostique la pneumopathie syphilitique que par exclusion. Si, dans la forme gommeuse pure, l'abcès du poumon avec sa marche fébrile et la pleurésie interlobaire suivie de la vomique, le kyste hydatique sont assez facilement éliminés du champ des hypothèses diagnostiques, dans les

formes mixtes scléro-gommeuses et dans la sclérose diffuse, on hésite longtemps à repousser la tuberculose, malgré des examens bacillaires négatifs réitérés.

Enfin, quand on a écarté la tuberculose, on reste encore bien indécis entre la pneumopathie syphilitique et la bronchite chronique simple avec bronchiectasie, si le traitement ioduré conduit avec vigueur n'a produit aucun amendement. Et c'est le cas le plus habituel par malheur. Quand on a vu échouer les iodures alcalins à haute dose et le traitement mixte iodo-mercuriel, il ne reste plus guère qu'à soutenir le plus longtemps possible les forces du malade par une suralimentation que rend trop souvent malaisée le mauvais état des voies digestives.

P. Le Gendre.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Guide pratique des pesages pendant les deux premières années, à l'usage des médecins-inspecteurs, par le docteur *Sutils*, médecin-inspecteur à La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne). Steinheil, éditeur.

La lecture de l'ouvrage du Dr Sutils nous a fait faire les réflexions suivantes sur la surveillance des enfants du 1er âge.

Comment se fait-il qu'une méthode d'investigation qui donne d'aussi bons résultats, ne soit pas universellement répandue parmi les médecins-inspecteurs, comme elle tend à se répandre dans le département de Seine-et-Marne ?

Quel est celui d'entre eux qui peut se flatter de remplir ses devoirs dans toute leur étendue, sans le secours des pesages ?

Nous croyons que tous sont persuadés que cette pratique est excellente, mais les uns sont indifférents et les autres ne se doutent pas des résultats obtenus ; ils n'ont pas à leur disposition, soit un instrument pratique, soit des données suffisantes pour éclairer leurs premières observations.

A ceux-là le *Guide des pesages* rendra service en leur donnant les notions actuelles les plus complètes sur ce sujet et les nombreux graphiques, tracés avec le plus grand soin, diront aux yeux ce que les chiffres trop arides ne pourraient faire ressortir.

Il a fallu à l'auteur 5 années de persévérance et environ 6000 pesages sur 350 enfants pour réunir les matériaux nécessaires à son œuvre et nous joignons nos félicitations à celles que le sénateur Th. Roussel lui a décernées dans la lettre préface qu'il lui a envoyée.

Cet ouvrage comprend deux parties. Dans la 1re, après avoir réfuté les objections faites aux pesages et démontré leur possibilité par l'adoption de ce procédé dans le département de Seine-et-Marne, le Dr Sutils étudie l'accroissement normal moyen en comparant ses chiffres à ceux qui ont été donnés jusqu'ici, puis il indique la façon de procéder aux pesages et l'instrument dont on doit se servir.

Viennent ensuite des conclusions générales très détaillées et un parallèle au point de vue du poids, entre l'élevage au sein et l'élevage au biberon.

Dans la 2e partie, il traite des variations de poids occasionnées par la dentition, l'insuffisance de lait, la grossesse, les règles, le sevrage, les voyages, le manque de soins, les accidents, la maladie de la nourrice, la débilité congénitale, la scrofule, les diverses affections intestinales, la coqueluche, la méningite, la broncho-pneumonie, la rougeole, la grippe, la fièvre typhoïde, la bronchite, la pneumonie, le muguet, les convalescences, etc.

66 tracés graphiques en couleurs, accompagnent ces observations et donnent à ce travail une clarté parfaite.

Nous extrayons quelques lignes du chapitre qui traite de l'insuffisance de lait :

« S'il est une question importante à résoudre « dans l'élevage des enfants, c'est assurément celle qui concerne la quantité ou la qualité du lait « de la nourrice.

« Cependant, mes collègues devront en convenir, il n'est pas toujours facile de se rendre un « compte exact de la situation et les nourrices « emploieront tous les moyens pour vous tromper.

« Les mères elles-mêmes, désireuses d'allaiter « quand même, ne se rendront qu'à des preuves « indiscutables.

« Ces preuves, vous les trouverez dans la pratique des pesages d'une façon absolue *et ce mode* « d'opérer sera plus persuasif que tous les arguments que vous pourriez invoquer.

« Vous voyez trop souvent, en effet, des enfants « qui végètent sans cause appréciable, ils ne diminuent pas, mais ils n'augmentent pas non « plus. La nourrice, lorsque vous faites téter l'enfant devant vous, saura toujours vous dire qu'il « vient de prendre le sein (ce que vous ne pouvez « contrôler) et que par conséquent il est naturel « que les seins soient vides. Tout au plus avouera-t-elle que son lait a un peu diminué et, si « vous insistez, vous avez toutes les chances possibles de commencer une querelle au cours de « laquelle la nourrice que vous avez suspectée « versera des flots de bile sur votre réputation.

« Dans la famille, vous n'avez aucune difficulté « et il suffira de faire peser l'enfant un certain « nombre de fois avant et après les tétées, pour « être renseigné d'une façon certaine.

« Pour les nourrices que les médecins-inspecteurs sont chargés de visiter, la chose est plus « complexe, car vous ne paraissez qu'à des intervalles éloignés.

« Je crois cependant avoir résolu ce problème de « telle façon qu'on ne puisse se tromper par les « pesages réguliers..... »

Cet extrait peut donner une idée de la façon dont les divers chapitres de cet ouvrage sont traités et nous souhaitons qu'il soit bientôt entre toutes les mains, persuadé des bons services qu'il peut rendre à la Protection du 1er âge.

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Principes d'assistance publique adoptés par les médecins des Bouches-du-Rhône et de la Haute-Garonne.

1° Le service médical doit être divisé de façon à diminuer les distances.

2° On doit accorder au médecin de l'assistance

publique d'un canton ou d'une fraction de canton, le service de la vaccination, l'inspection des écoles, des enfants en bas âge, des enfants de l'assistance hospitalière, de médecine judiciaire avec les émoluments attachés à chacune de ces fonctions.

3° La liste des indigents sera dressée par les autorités locales et restera ouverte toute l'année pour permettre de secourir les misères accidentelles produites par le chômage, les mauvaises récoltes, etc.

4° Le service pharmaceutique sera fait par le pharmacien le plus rapproché à un tarif accepté d'avance ou par le médecin s'il n'y a pas de pharmacien.

5° Les ressources de ce service comprendront :

a) Le contingent des communes ;

b) L'allocation de l'État et du Département ;

c) Les ressources de la charité privée.

6° Les médecins recevront un traitement fixe, le traitement par visite étant impossible et la division de la somme totale destinée aux médecins proportionnellement aux visites faites par chacun d'eux étant également impossible.

Le service de l'assistance publique dans les campagnes ainsi établi donnerait satisfaction aux médecins et aux malades. Cependant, je verrais avec plaisir la création dans les campagnes un peu importantes, non pas de véritables hôpitaux, mais de petites infirmeries. Là, sans trop dépenser, on pourrait avoir quelques baignoires, quatre ou cinq lits pour traiter les affections aiguës, une boîte de secours pour les pansements usuels. L'assistance à domicile peut, dans bien des cas, suffire, mais lorsque l'indigent est dépourvu de famille, l'hôpital le réclame. » — ROUQUETTE.

Voici, sur le même sujet, les conclusions des *médecins de la Haute-Garonne* :

1. La médecine cantonale, telle qu'elle existe actuellement, est supprimée.

2. La liste des indigents qui doivent figurer sur la liste cantonale sera établie conformément au règlement, le Bureau étant composé ainsi qu'il est prescrit, et le ou les médecins du canton étant toujours appelés à faire partie de la Commission d'inscription.

3. Cette liste devra être revisée chaque année avec le plus grand soin.

4. Le malade indigent est et demeure libre du choix de son médecin.

5. Le médecin est rémunéré par visite qu'il consent à des prix spéciaux : tant pour les simples visites, tant pour les opérations, etc. (L'Association médicale du département pourrait être ultérieurement chargée d'étudier un tarif à ce sujet).

6. Une comptabilité facile à établir, au moyen d'un carnet à souche par exemple, marquerait le contrôle des visites effectuées par le médecin ; d'ailleurs, les ordonnances de celui-ci pourront être soumises au visa et timbre de la mairie ou de la Commission d'inscription.

7. Quand une maladie sera de nature à se prolonger, le médecin traitant devra en prévenir le maire de la commune et la Commission d'inscription.

8. La liste actuelle de renseignements que, chaque semestre, le médecin cantonal est obligé de remplir pour transmettre à la Préfecture, est abolie ; cette liste, en effet, si elle était remplie, violerait constamment le secret médical, puisque le médecin doit faire connaître, non seulement les noms, âge, sexe, etc., des personnes qu'il a eu à soigner, mais encore les maladies qu'elles les avaient.

9. Chaque commune sera tenu d'avoir à la disposition du médecin, une boîte de secours et de médicaments à administrer en cas d'urgence. — E. PASCAL.

REPORTAGE MÉDICAL

Le choléra. — On écrit de Manille que le choléra a fait, dans les derniers jours d'avril, son apparition, et une apparition foudroyante, dans la province de Zamboanza, dépendance de l'archipel. Le nombre des cas a, paraît-il, dépassé 1500, dont 1000 mortels, chiffre énorme étant donné que la population de cette province n'atteint pas 8000 habitants. La population européenne est très peu atteinte. On a réussi, à Manille et autres îles de l'archipel, à se préserver de l'épidémie grâce à des mesures sanitaires rigoureuses.

L'épidémie tendrait, paraît-il, à décroître.

Suppression de l'inspectorat des eaux minérales. — M. le Ministre de l'Intérieur a donné à M. Monod, directeur de l'Assistance publique, l'ordre formel de supprimer immédiatement l'emploi d'inspecteur dans toutes les stations qui n'ont pas à l'heure actuelle de titulaire.

Mouvement des étudiants en Médecine en 1887-1888. — D'après le rapport du Conseil général des Facultés, le nombre des étudiants réguliers de l'Université de Paris s'est élevé à 10,320 dont 3,782 étudiants en médecine et 1,708 en pharmacie.

Le nombre des étudiants étrangers a été de 890 dont 576 en médecine.

Sur 271 étudiants du sexe féminin, 117 appartiennent à la médecine.

Les dépenses totales de l'Université sont de 3,450,207 fr., les recettes de 2.141.500 fr.

Les recettes de la Faculté de Médecine ont été de 467,010 fr. ; ses dépenses de 1.282.166 fr.

Hôpital des Enfants malades. — Le docteur Jules Simon recommencera ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 22 mai et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Consultation clinique le samedi.

Nous sommes heureux d'annoncer l'élection de M. le Dr Pinard, médecin-accoucheur de l'hôpital Lariboisière, à la chaire vacante d'obstétrique. Les titres de M. Pinard à cette chaire étaient si éclatants, que nous n'avons jamais douté de son succès ; nous l'en félicitons bien sincèrement.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Rialan, de Paris, membre du Concours médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr VEILLON, de Vichy, présenté par M. le Dr Treille.

M. le Dr CHARRASSIN, de Rozoy-en-Brie, présenté par M. le Dr Moser, de Rozoy-en-Brie.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André,
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Communication congénitale des deux cœurs par inocclusion du septum ventriculaire.

M. *Legroux*, médecin de l'hôpital Trousseau et son interne, M. Dupré, ayant eu à soigner un enfant atteint d'urémie post-scarlatineuse, constatèrent au cœur des troubles consistant en une augmentation de la matière transversale à droite et un souffle systolique prolongé très rude, très intense, unique, nettement localisé à la partie interne du 3me espace intercostal gauche, souffle qui ne se propageait dans aucun sens déterminé, ni sur le trajet de gros vaisseaux, ni dans la direction des orifices intracardiaques, souffle que n'influençaient ni les mouvements imprimés au malade, ni la pression du stéthoscope.

Les caractères de ce souffle ont été donnés comme pathognomoniques de l'inocclusion du septum ventriculaire par M. Henri Roger; aussi malgré l'absence de cyanose, malgré que le pouls ne présentât aucune modification appréciable, MM. Legroux et Dupré portèrent-ils sans hésitation ce diagnostic que confirma l'autopsie. L'enfant guérit de ses accidents urémiques ; mais il contracta la rougeole, en guérit, puis la diphthérie et mourut du croup ; malgré cette succession de maladies infectieuses, on n'observa aucune modification du souffle cardiaque jusqu'à la fin de la vie. A l'autopsie on trouva à la base du septum interventriculaire sous-jacent aux sigmoïdes aortiques et pulmonaires un orifice circulaire à bords frangés, minces, blanchâtres qu'occupait un caillot sanguin ; on notait encore un peu d'hypertrophie excentrique du ventricule droit. L'intérêt de ce fait est dans la confirmation des caractères pathognomoniques du souffle décrit par M. Henri Roger, dont le nom restera attaché à ce signe d'inocclusion du septum interventriculaire.

Formes cliniques, hygiène et traitements du diabète. Glycosurie normale.

M. *Dujardin-Beaumetz* a répondu à la communication qu'avait faite M. Worms sur la marche du diabète. M. Beaumetz diffère d'opinion sur certains points avec son collègue.

La soif, la polyurie seraient des phénomènes exceptionnels chez les diabétiques, dit M. Worms. La clinique journalière infirme cette manière de voir dans la très grande majorité des cas. L'appétit serait rarement exagéré, dit M. Worms. On sait cependant que les diabétiques sont généralement de bonnes fourchettes, et, quand ils cessent de l'être, le pronostic s'aggrave. Enfin, M. Worms attribue à la forme lente du diabète une longévité exagérée. Cette affirmation fera grand plaisir aux diabétiques ; malheureusement elle n'est pas justifiée. Dès qu'un homme est devenu diabétique, sa nutrition est touchée. Il se trouve dans des conditions d'infériorité vitale. Il supporte moins bien les fatigues, les émotions, les travaux intellectuels, et, s'il survient une maladie intercurrente, elle pourra avoir des conséquences très graves.

M. Worms paraît n'admettre que deux formes, la forme grave et la forme lente. M. Beaumetz en admet 3 ; bénigne et légère ; lente et d'intensité moyenne ; grave.

On peut les distinguer très facilement par le résultat que fournit le régime alimentaire spécial rigoureusement suivi.

La quantité de sucre émise ne peut nullement servir de critérium. Tel malade qui élimine jusqu'à 400 et 500 gr. de sucre par jour, peut avoir un diabète peu grave. Tout dépend de la disparition de ce sucre sous l'influence du régime. Sont diabétiques légers ou de faible intensité, ceux chez lesquels le régime alimentaire rigoureusement suivi amène la disparition complète du sucre, et en peu de jours. Cette disparition est parfois tellement brusque qu'on soupçonne les

analyses d'erreur. Les diabétiques moyens sont ceux chez lesquels on n'arrive jamais à faire disparaître le sucre, bien qu'on puisse le voir diminuer beaucoup. — Enfin, les diabétiques graves sont ceux chez lesquels, malgré la rigueur du traitement, on fait à peine varier la quantité de sucre qui se maintient toujours à un taux élevé.

Le lait doit être absolument défendu. La lactose est un des sucres qui passent le plus rapidement dans les urines.

Quant aux pommes de terre, M. Beaumetz est un de leurs plus chauds partisans dans le régime des diabétiques. Elles contiennent beaucoup moins de matières saccharifiantes que le pain de gluten, mais il ne faut pas dépasser 100 gr. de pommes de terre cuites à l'eau à chaque repas.

Bouchardat a eu raison de recommander les aliments gras. Il faut, en effet, remplacer par des graisses les hydrocarbonés dont on prive les diabétiques en leur supprimant les féculents et le sucre. M. Beaumetz conseille fortement les sardines, le thon, le hareng à l'huile, la charcuterie, la choucroûte, qui est un mets excellent pour ces malades.

M. Worms proscrit la saccharine. Pourtant, si on ne dépasse pas 10 centigrammes par jour, elle rend un vrai service aux diabétiques en leur permettant de sucrer leurs boissons, et en particulier le café et le thé, qui sont d'une grande utilité chez les diabétiques, car elles remplacent avantageusement l'alcool et les boissons alcooliques dont ces malades ont tendance à abuser.

Pour les diabètes moyens, le régime ne suffit pas. Il faut y joindre une médication appropriée.

L'association des sels de lithine et de l'arsenic, préconisée par Martineau, rend de bons services, surtout chez les arthritiques, bien que ces services soient considérablement au-dessous de ce que pensait ce regretté confrère. Tous les médicaments qui ont une action élective sur les parties supérieures de la moelle et sur le bulbe peuvent être utiles.

Enfin, il ne faut pas oublier l'avantage des exercices musculaires modérés, préconisés il y a déjà longtemps par Bouchardat. En combinant ces différents moyens, on peut, non pas guérir le diabétique, mais le placer dans les meilleures conditions pour s'opposer aux causes d'affaiblissement et de déchéance organique.

M. G. *Sée* a insisté sur ce fait que le diabète ne doit être considéré que comme l'exagération d'un phénomène physiologique. En employant un réactif plus sensible que la liqueur de Fehling, la polarisation et la fermentation, — et ce réactif de choix est la phénylhydrazine —, M. Sée a constaté 14 fois sur 42 individus réputés sains la réaction caractéristique du sucre.

Pour distinguer les individus atteints de glycosurie simple des diabétiques, il suffirait de donner à tous 160 grammes de mie de pain blanc pour voir apparaître au bout de quelques heures des quantités considérables de sucre chez les diabétiques vrais ou les candidats au diabète, tandis que la proportion de sucre n'est pas augmentée chez les individus qui sont réellement sains; quoique rendant un peu de sucre.

M. Sée croit donc que le diabète n'est que l'exagération de la glycosurie normale sous l'influence d'une excitation nerveuse ou de tout autre condition anormale; l'auto-intoxication qui en résulte peut aboutir à l'imprégnation du sang par l'acide oxybutyrique, c'est-à-dire au coma diabétique qui en est la conséquence et qui est presque toujours mortel. Le diabétique est encore exposé à de très graves complications à l'occasion des plaies même les plus légères; il meurt fréquemment de tuberculose pulmonaire.

Entre le diabète léger et le diabète grave, il n'y a aucune différence essentielle et le premier cède fréquemment la place au second.

Au point de vue de la rapidité de l'évolution il y a des distinctions à faire entre le diabète des riches et celui des pauvres, qui, ne pouvant se soigner comme il convient, sont plus exposés aux accidents, entre le diabète des maigres et celui des gras, qui supportent mieux leur maladie, entre celui des adultes et celui des enfants, qui survivent rarement plus de deux ans.

M. Sée termine en disant qu'il ne connaît que

FEUILLETON

Monologue d'un vieux médecin

Bien que les lois physiologiques n'aient rien d'absolu, nous avions cru jusqu'ici qu'elles n'en étaient pas moins de bonnes vérités d'observation, reconnues de toute éternité et formulées par le sentiment universel de tous les observateurs, et que toute vie y était assujettie...

A ces vérités, la doctrine nouvelle y croit sans y croire : elle va reprendre leur dossier.

A la Société de médecine de Berlin, dans la séance du 13 mars 1889, on a osé remettre en question l'hérédité de la phthisie...

— Et pourquoi pas ? Comment comprendre qu'un microbe déposé en germe dans un fœtus puisse mettre vingt ans et plus à éclore et à se développer dans sa gangue ?.. Non, non, le microbe doit avoir une autre provenance ! Et il y a gros à parier qu'il sera venu de l'extérieur par l'air qui en est le véhicule ordinaire !..

Voilà ce que se sont dit nos Berlinois. Et ils se proposent de demander la création de *tuberculoseries* où les malades seraient soignés, isolés et surveillés... Il serait fait défense aux autres, — aux tuberculeux vagabonds, errants et non séquestrés ou relaps ! — de cracher par terre, obligés qu'ils seraient d'avoir une petite boîte où leurs crachats seraient détruits..... *Risum teneamus* ! On écheuillerait ainsi le bacille du tubercule pour arrêter l'intoxication sociale dont nous sommes menacés...

***

Des savants pareils sont-ils des médecins ?....

Non ; ce sont des savants qui, oubliant qu'il n'y a pas ici-bas que des lois physiques et des certitudes, rêvent de nous faire une science médicale, une vraie science positive, au lieu de l'art, hélas ! conjectural que nous pratiquons avec tant de difficultés ; une science où tout soit dosé ! où le fonctionnement de l'économie vivante serait réglé comme celui d'une machine ; où tout s'exécuterait mathématiquement, dont la tension de vapeur serait augmentée ou diminuée, dont les ressorts seraient adoucis ; une science enfin qui soit

trois moyens à opposer au diabète : le régime, la musculation et les médicaments.

Comme régime, M. Sée proscrit absolument le lait, ainsi que M. Beaumetz. Il conseille 150 à 200 grammes de graisse, de la viande à discrétion et surtout de la mie de pain très blanc ; « il faut, dit-il, que nous en finissions avec les vieilles croûtes ». La mie de pain contient 87 % d'eau et 500 gr. de mie de pain ne représentent guère plus de 28 grammes de fécule. Il autorise encore les pommes de terre cuites à l'eau ou au four. Comme boisson, il insiste sur le thé et le café.

Il conseille l'exercice réglé, modéré, mais interdit l'éreintement.

Comme médicaments, les nervins. L'opium, qui empêche la déperdition de sucre, est un bon médicament, mais ne vaut pas l'antipyrine. M. Sée emploie celle-ci pendant 2 à 3 semaines en même temps qu'un régime plus sévère, puis revient au régime habituel.

M. *Quinquaud* a fait à la Société de biologie une communication qui conclut comme M. Sée à l'existence d'un certain degré de glycosurie physiologique. L'organisme éliminerait par la voie rénale, dans les conditions normales, 0,80 centigrammes en moyenne d'une substance fermentescible et qui réduit la liqueur cupro-potassique.

Névroses urinaires de l'enfance (incontinence nocturne et polyurie simple).

M. *Louis Guinon* a étudié, dans une excellente thèse, quelques troubles urinaires de l'enfance qu'il réunit sous la rubrique fort heureuse de névroses urinaires.

Il existe chez l'enfant, nous dit l'auteur, un certain nombre de troubles fonctionnels de la sécrétion urinaire sans lésions locales ou à distance. L'incontinence d'urine ou miction involontaire nocturne et la polyurie simple sont les principaux. Ces troubles s'observent à toutes les périodes de l'enfance. Ils résultent de la perturbation ou de l'excitation d'un centre cérébral ou médullaire. Ils sont liés à l'hérédité névropathique, et coïncident avec d'autres anomalies mentales ou somatiques chez le malade ou chez ses proches.

L'incontinence nocturne appartient à des classes d'enfants distinctes : les enfants faiblement constitués ou affaiblis par une maladie aiguë, et, d'autre part, les enfants atteints d'une tare nerveuse héréditaire, ou dégénérés à tous les degrés. Elle se retrouve dans les antécédents des adultes névropathes (hystérie, aliénation, lésion médullaire, etc...) ; c'est un *stigmate bénin de l'hérédité nerveuse et psychique*.

La polyurie simple s'observe le plus souvent aussi chez des enfants à hérédité névropathique. Elle coexiste avec l'incontinence d'urine dans les familles. Elle peut résulter des perturbations nerveuses les plus variées, mais, quand celles-ci paraissent insuffisantes, on trouve toujours une aptitude héréditaire du sujet aux manifestations anormales de l'activité nerveuse (dégénérescence ou hérédité névropathique). Elle n'atteint pas l'état général, sa durée est indéfinie.

La polyurie traumatique ou consécutive à une maladie aiguë paraît seule susceptible de guérison.

La polyurie héréditaire est une polyurie simple ; on ne peut la rattacher à aucune diathèse.

Un cas de mort par la suspension thérapeutique.

Nous lisons dans le *Praticien* un cas de mort par suite d'une suspension intempestive que signale le Dr *Gorecki*: Un homme d'une quarantaine d'années, ataxique depuis cinq ans, ayant lu l'article du *Petit Journal* relatif au traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension, envoya acheter l'appareil et résolut de se faire traiter. La maladie avait eu chez lui une marche rapide, il était presque paraplégique, mais avait toute son intelligence. Il se fit suspendre par son domestique deux à trois minutes chaque jour; les sept premières séances amenèrent l'amélioration habituelle, il put faire quelques pas et se félicitait de son initiative.

A la suite de la huitième séance, lorsqu'on le dépendit, il avait perdu l'ouïe et la parole, mais conservé la vue, l'intelligence et le mouvement. On fit venir le Dr *Callamand*, de Saint-Mandé,

---

capable d'expliquer les phénomènes vitaux par les procédés de la mécanique, de la physique et de la chimie.

Il y a longtemps qu'on rêve cela !...

Je ris dans ma vieille barbe de ces conceptions enfantines forcément vouées à l'impuissance. Car on ne m'ôtera pas de l'esprit que la vie ne pourra jamais être emprisonnée dans des formules algébriques. Elle opère en vertu d'une spontanéité qui déroutera toujours les prévisions les mieux établies. Dans les actes de son fonctionnement la réaction est rarement égale à l'action ; et, voulez-vous que je vous le dise ? La prévoir est plutôt le fait de l'artiste ou de l'homme expérimenté que du savant.

Voilà mon sentiment.

***

Ce qui est vrai dans la vie individuelle ne l'est pas moins dans la vie générale.

La connaissance du microbe pourra être plus tard un moyen pathognomonique de quelque valeur ; mais je doute qu'elle puisse jamais servir à prévenir les épidémies sérieuses, pas plus qu'à en empêcher la propagation.

Qu'une influence morbide quelconque, grippale, cholérique ou muqueuse, se répande de proche en proche, ou qu'elle se déclare d'emblée sur des points quelquefois très éloignés les uns des autres, nous disons que la connaissance du microbe ne peut en prévenir l'invasion.

Il y a bien de l'apparence que le courant pestilentiel provient d'un essaim d'êtres vivants imperceptibles, de microorganismes, de germes répandus dans l'air qu'on respire ou suspendus dans les eaux qu'on boit... Mais ces germes, d'où viennent-ils ? Pourquoi et comment se trouvent-ils là ? Y sont-ils en permanence ?... Mais alors pourquoi fructifient-ils ici et pas là ? pourquoi opèrent-ils aujourd'hui et pas hier ? Est-ce que jamais la science pourra nous en faire connaître à priori l'invasion imminente ? Nous en prédire la durée et l'étendue des ravages ?... (1)

Nous l'attendons à l'œuvre. Jusqu'ici elle n'a pas encore fait ses preuves.

(1) Quand Koch est venu de Berlin pour nous éclairer sur les méfaits de sa virgule, et pour nous dire ce qu'il en pensait, quel piètre augure !

qui constata son état et tenta les révulsifs, les injections sous-cutanées d'éther, etc. La déglutition était impossible et, malgré tous les soins, l'état du malade alla en empirant. Le soir même de l'accident, la vue se perdait; puis, la paralysie envahissant rapidement les bras et les muscles thoraciques, la mort survint en vingt-quatre heures par suffocation. C'est, croyons-nous, le premier accident mortel signalé par ce traitement qui, dans le cas actuel, avait été institué sans aucune surveillance médicale. » — A méditer.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants Malades. — M. le Dr Jules Simon.

Traitement de la bronchite capillaire.

(Notes recueillies par M. Joseph Davéo.)

La bronchite capillaire étant une affection insidieuse à marche capricieuse, le médecin, s'il n'a pas tout d'abord un peu réfléchi, peut se trouver dans une situation embarrassante. Cependant, lorsque la maladie ne revêt pas un caractère absolument foudroyant, on peut intervenir d'une façon effective et amener la guérison rapide de l'enfant.

La bronchite capillaire est essentiellement une affection secondaire ; nous la voyons survenir le plus habituellement au cours d'une rougeole, d'une grippe, d'une coqueluche et d'une fièvre typhoïde.

Il est aujourd'hui démontré que parfois la broncho-pneumonie est le résultat de la localisation d'emblée dans les poumons de l'agent de contage typhique, rubéolique, etc... parfois cet agent envahit l'appareil respiratoire d'enfants tenus dans les meilleures conditions hygiéniques ; ces cas, il est vrai, sont exceptionnels. La plupart du temps les poumons ne sont atteints que parce que, par suite d'imprudences, ils sont devenus un terrain favorable au développement des agents de contage qui les avaient envahis.

On sait combien est fréquente la broncho-pneumonie suite de coqueluche ; le Dr J. Simon pense qu'on peut l'éviter, mais non pas en faisant sortir les potits malades, comme on a l'habitude de le faire, sous prétexte de leur faire changer d'air ; voici sa pratique : pendant les huit jours de la période inflammatoire, il tient les enfants au lit, pendant les trois semaines suivantes il leur permet seulement d'aller dans les différentes pièces de l'appartement à la condition expresse qu'il y règne une température uniforme.

Pour le traitement proprement dit de la bronchite capillaire il y a deux périodes à envisager. Au moment de l'invasion on a à combattre les troubles circulatoires, l'élévation de température. l'agitation plus ou moins grande. Il est inutile de dire que, sitôt que l'on soupçonne un enfant d'être atteint de bronchopneumonie, il faut immédiatement le faire mettre au lit, lui envelopper les membres inférieurs d'ouate et de taffetas gommé, et maintenir le tout au moyen d'un grand bas ; matin et soir il faudra changer l'ouate en ayant soin d'opérer rapidement pour éviter un choc en retour qui pourrait être dangereux.

Le Dr Jules Simon conseille d'appliquer dès le début, en avant et en arrière de la poitrine, de larges cataplasmes sinapisés, puis de faire prendre d'heure en heure une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Julep gommeux........	100 grammes.
Alcoolature de racine d'aconit..............	XV gouttes.
Acétate d'ammoniaque.	1 gramme.
Sirop de codéine.......	5 à 15 grammes.

(*Suivant l'âge de l'enfant*).

Si le calme survient, on espacera progressivement les doses ; dans le cas contraire, on pourra les rapprocher. Si la poussée congestive devient menaçante il ne faudra pas hésiter à donner un bain sinapisé de quatre à cinq minutes de durée, l'enfant devra être maintenu roulé pendant une heure dans une couverture sèche. Le bain pourra être répété plusieurs fois.

Quand on se trouve au début d'une broncho-pneumonie, on est souvent tenté d'administrer un

---

Dans les épidémies de fièvre typhoïde, pour nous borner à celles-là, dont nous avons eu à souffrir à Besançon en 1885, 1886 et 1887, quels services la micrographie nous a-t-elle rendus? Quels services pouvait-elle nous rendre ?

Absolument aucun.

Par contre, l'horreur du microbe a beaucoup inquiété les gens.

Il est assez raisonnable de croire que le poison typhogène est le même chez tous les malades, puisque chez tous il amène dans l'économie des altérations identiques. Mais il nous a été peu utile de savoir que ce poison était un bacillo, au lieu d'un virus ou d'un ferment....

* **

Aux conditions qui sont nécessaires pour qu'un foyer épidémique se déclare, l'étincelle ne manquera jamais !

Prenez une troupe de jeunes hommes à l'âge du développement, lesquels seront attristés par l'éloignement du pays natal et à la pensée d'une famille qu'ils viennent de quitter ; et qui ne sont pas encore entraînés à ce régime de la caserne si différent de celui qu'ils avaient auparavant ; entassez-les dans une enceinte fermée, mal blanchie, insuffisamment aérée ; et vous ne tarderez pas à y voir le microbe entrer en action. Si les eaux potables n'en ronfermeut pas, il en sortira des colonies des entrailles de la terre, suivant une autre théorie allemande du *Grunsswasser*...

Dans un milieu bien préparé, le microbe apparaîtra ; car il est partout. Son entrée en scène n'est qu'un accident secondaire.

Nos petites vaches maigres qu'on laisse courir au pâturage du matin au soir, qui y passent quelquefois la nuit dans la belle saison, qui respirent sans doute à pleins poumons les germes bacillaires répandus dans l'atmosphère, qui boivent sans retenue, comme des étourdies qu'elles sont, à des mares suspectes, souillées de déjections et conséquemment riches en microbes, ces petites vaches maigrelines ne deviennent jamais phthisiques. Tandis que celles qu'on tient à l'étable, bien soignées, dont on rafraîchit la litière, qu'on nourrit de pulpes de betteraves et d'aliments choisis pour les *pousser* au lait, eommo on dit, et auxquelles on ne fait boire que des eaux immaculées, si gras-

vomitif ; si, dit le Dr Jules Simon, « l'enfant avait « au préalable de la bronchite des grosses bron- « ches ; si la toux, dans les jours précédents, était « devenue plus grasse, donnez un vomitif, *mais un « seul* ; un second vomitif purgerait et affaibli- « rait votre malade. Dans ces conditions, en effet, « le bulbe, irrigué par un sang qui n'a subi qu'u- « ne hématose incomplète, reste insensible à l'ac- « tion de l'émétine, les vomissements ne se pro- « duisent plus et vous n'obtenez qu'une déperdi- « tion des forces. Il est des circonstances où le « vomitif n'est pas nuisible, mais, si j'avais une « indication générale à vous formuler à cet égard « je vous dirais volontiers : n'en donnez pas. »

Une fois la broncho-pneumonie déclarée, on a le choix entre deux méthodes thérapeutiques très différentes et il faut se décider de suite pour l'une ou pour l'autre. L'une préconisée par MM. d'Espine et Picot consiste dans l'administration répétée de bains tièdes ; cette méthode a valu à M. Cadet de Gassicourt et à d'autres médecins des succès encourageants ; quant à M. le Dr Jules Simon, il préfère la médication révulsive ; il fait une révulsion active sur la peau et pousse cette révulsion jusqu'au vésicatoire. « Certains médecins, dit-il, se sont élevés contre l'application des vésicatoires aux enfants ; mais, en prenant quelques précautions, il est facile d'éviter les inconvénients inhérents à ces révulsifs, et d'autre part on en retire un tel bénéfice que je n'hésite pas à y avoir recours.

« Un enfant agité, oppressé, qui n'aura pas dormi depuis plusieurs jours aura une nuit tranquille si on applique un vésicatoire. »

Il ne faut prescrire que des vésicatoires de 3 à 4 centimètres, qu'on laissera en place pendant trois heures seulement ; on complète l'action par un cataplasme de fécule et on panse avec un peu de vaseline (boriquée) et une forte couche d'ouate.

On ne se bornera pas, bien entendu, à appliquer un seul vésicatoire ; la méthode révulsive consiste à agir coup sur coup, chaque fois qu'il se produit des points congestifs ; on pourra mettre ainsi cinq, six, jusqu'à dix vésicatoires successivement.

On devra veiller en même temps à ce que les malades soient dans de bonnes conditions hygiéniques ; maintenir dans la chambre une température constante, environ 28° ; entretenir une certaine humidité dans l'air en ayant de l'eau bouillante dans la pièce où le malade est couché. Il faudra autant que possible asseoir les enfants ; s'ils sont en bas âge, il y a avantage à les tenir dans les bras, la position assise facilitant la respiration.

Telle est la base de la médication ; mais à côté de cela on peut avoir à remplir des indications particulières qui varieront suivant les cas.

Sous l'influence de la stase veineuse le cœur se distend, il y a des troubles du côté de la veine-porte ; le pneumogastrique et les nerfs de l'intestin sont troublés dans leur fonctionnement, le ventre se ballonne, il y a ou de la constipation ou de la diarrhée ; pour assurer le rétablissement des fonctions digestives il faudra avoir recours à de légers laxatifs, un peu de magnésie, 2 à 3 grammes de séné dans du lait bouillant, ou bien l'eau de chaux et des frictions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée.

Si les symptômes nerveux prédominent, s'il y a de l'agitation ou du délire, le Dr Jules Simon autorise un peu de café, du champagne mélangé d'eau, ou des grogs, enfin le lavement suivant qu'il ne faudra pas craindre de répéter :

Hydrate de chloral. 0,50 centigr. à 1 gramme.	
Eau........................	60 grammes
Teinture de musc...........	XX gouttes.
Teinture de valériane......	XV gouttes.

Il est un médicament qui rendra parfois de réels services, c'est le sulfate de quinine ; sédatif du système nerveux, modérateur du cœur, et régulateur de la circulation périphérique ; il est en même temps tonique et antithermique, on pourra l'employer à des doses variant entre 3, 10 ou 15 centigrammes.

Le meilleur moyen pour le faire prendre aux enfants consiste à l'administrer en potion avec de la glycérine, du sirop tartrique et un peu d'eau de Rabel.

« Il vous arrivera, dit le Dr Jules Simon, d'être

---

ses et bien portantes qu'elles paraissent, finissent presque toutes par tousser et par avoir des poumons farcis de tubercules....

Il ne leur a manqué pour se porter bien que le mouvement et l'activité dont la nature nous a fait l'obligation. Voilà où j'invite les fanatiques de la prophylaxie scientifique à diriger leurs essais.

S'ils parviennent à préserver de la phthisie nos horlogers trop assidus à l'établi et nos laitières confinées dans une étable, eh ! bien, je consens à l'aller dire à Rome.

*
**

Si encore les hommes de science n'avaient pas la prétention d'imposer leur théorie de prime-saut à l'art de guérir !...

Mais quand ils croient avoir trouvé, il faut que les faits s'accommodent à leur doctrine, et ils trouvent une foule de médecins disposés à se mettre à leur remorque.

Notre pauvre profession a été ainsi sollicitée, et par les croyants, et par les théoriciens, allant de la foi à la spéculation, versant à droite dans l'ornière religieuse, ou à gauche dans l'ornière philosophique. En réalité, elle ne peut se tenir debout que grâce à l'observation pratique. Du moment où on lui fait quitter ce terrain solide, elle reste en l'air ; et si l'on devance l'observation, on risque fort de courir la prétentaine.

Tenez, je me souviens encore de l'école de Broussais. L'idée de l'irritation était si bien ancrée dans les esprits, qu'on n'avait qu'un but il y a quarante ou cinquante ans : c'était de *déphlogoser*, de dégorger les tissus !

Un médecin réputé de Besançon, auquel la science ne faisait pas défaut, moins que le bon sens, n'abordait jamais ses confrères à la consultation sans crier avec sa voix de fausset : A-t-on saigné ?...

Si l'on avait saigné, c'était bien. Si l'on n'avait pas saigné, tout était perdu.

Aujourd'hui, ce n'est plus la phlogose qui est l'ennemi ; c'est le microbe !

Pour copie conforme,

Dr PERRON.

P. S. — Il nous paraît indispensable de répéter que la Rédaction ne partage en aucune façon les opinions anti-microbiennes du Dr Perron. P. L. G.

appelé auprès de malades affaiblis par du kermès, de l'oxyde blanc d'antimoine, de l'ipéca en lavage, médications parfois encore employées et contre lesquelles je ne saurais trop m'élever ; c'est dans ces cas qu'il faudra donner l'alcool à haute dose. Vous prescrirez 30 grammes de vin de malaga pour un enfant de cinq à six mois, 50 à 60 grammes d'eau-de-vie à partir de deux ans ; vous donnerez du champagne, des grogs et vous obtiendrez des résultats dont vous serez vous-mêmes étonnés.

Il est utile de surveiller attentivement la sécrétion urinaire, parce que sa suppression peut être la principale cause de la dyspnée ; dans cette occurrence, il faut avoir recours à la digitale ; « ne donner ni sirop, ni teinture, mais 15 centigrammes de poudre de feuilles en infusion, en trois fois dans les vingt-quatre heures ; en même temps, mettez des cataplasmes sur les reins et même quelques ventouses sèches : vous verrez alors les contractions cardiaques reprendre un rythme plus régulier et la sécrétion urinaire reparaître. Toutefois, le traitement par la digitale ne doit pas être poursuivi plus de deux ou trois jours.

La broncho-pneumonie est une maladie dont la durée est toujours longue ; pendant vingt jours, un mois, ou aura à lutter contre de petites poussées successives ; enfin le malade guérira, la fièvre aura disparu, on lui permettra de se lever ; néanmoins le rôle du médecin ne sera pas encore terminé. Il lui restera à combattre un emphysème parfois très étendu, de l'atélectasie, de la congestion pulmonaire, de l'adénopathie, troubles consécutifs contre lesquels il faudra instituer un traitement approprié et de longue haleine, afin d'éviter le retour d'accidents plus ou moins graves qui pourraient compromettre les beaux résultats que l'on aura obtenus par une thérapeutique attentive et raisonnée.

TRAVAUX ORIGINAUX

Epidémie de variole jugulée par la revaccination en masse.

Par le Dr Le Gad du (Havre).

Médecin en chef de la direction des douanes, Membre du bureau d'hygiène.

Principiis obsta...

Dans le cours des épidémies de variole, de nombreux mémoires l'attestent, les individus vaccinés récemment sont à l'abri du fléau, et les revaccinations en masse ont souvent arrêté celui-ci dans sa marche.

Malheureusement, dans notre pays d'excessives libertés, beaucoup de gens, par négligence ou mauvaise volonté, se soustraient à l'action préservatrice qui leur est offerte.

Que n'est-il possible d'obtenir qu'en temps d'épidémie, une loi municipale rende la revaccination obligatoire pour une période déterminée ? Ce serait l'extinction de la variole à bref délai.

Voyez plutôt ce qui s'est passé dans notre Caserne des Douanes, vaste phalanstère comprenant dans son enceine près de dix-huit cents habitants.

*
* *

Dans les premiers jours du mois de mars dernier, je fus appelé auprès d'une jeune fille, Mlle Marie S..., âgée de quatorze ans, atteinte de variole. Je fus frappé de la forme confluente de l'éruption et des symptômes graves du début. J'appris qu'elle n'avait jamais été vaccinée, du moins avec succès, et qu'elle avait dû contracter le germe de la maladie en ville, près d'une ouvrière du même atelier. Mon premier soin fut de faire isoler la malade dans une petite pièce du logis, d'en défendre l'abord à toute autre personne qu'à sa mère, qui voulut la soigner chez elle, et de ne conserver dans le logement que le moins de monde possible, enfin de prendre immédiatement autour d'elle toutes les mesures connues de désinfection.

Dans ce milieu dont le régime n'est qu'à moitié militaire, en présence d'une affection de nature épidémique, mon premier mouvement est de proposer les soins hospitaliers. La plupart les refusent catégoriquement. Il m'est difficile et me serait parfois impossible de les imposer contre la volonté des familles Je n'insiste donc que dans les cas absolument urgents. Or, j'avais déjà vu éclater, sur d'autres points du casernement, des varioles confluentes qui avaient parfaitement guéri sur place sans déterminer d'épidémies.

Il n'en fut pas de même ici ; quelques jours après, le père, un de ses fils, puis trois voisins furent successivement atteints dans le même couloir. En même temps je constatai que dans les étages supérieurs du même escalier, trois ou quatre personnes étaient affectées d'éruptions d'une certaine gravité et plusieurs autres de malaises prodromiques très inquiétants. Enfin, dans les autres pavillons paraissaient déjà quelques cas isolés.

Quand je vis que le mal prenait, par son extension inusitée, une allure franchement épidémique, je prévins M. le Directeur des Douanes du danger, et lui annonçai qu'une ravaccination générale me semblait être le seul moyen capable de conjurer le fléau. Il adopta chaudement mon avis et m'autorisa à demander le vaccin nécessaire d'urgence et par dépêche. Les jours suivants je recevais de Paris et de Marseille du vaccin de génisse fraîchement recueilli, et, le mercredi 27 mars, avec l'obligeant concours de mes deux confrères, les docteurs de Lignerolles et Frottier, je commençai la vaccination de tout le personnel de la douane (1). MM le Directeur et l'Inspecteur principal voulurent être les premiers à recevoir l'inoculation préservatrice. Pour que leur exemple fût suivi sans exception, des ordres formels furent donnés : toute personne qui se refusait à la revaccination était avertie qu'aux premiers symptômes de variole, elle serait dirigée d'office sur l'hôpital.

En même temps, pour tenter de circonscrire le foyer, je prenais toutes les mesures priophylactiques possibles : du sulfate de fer était répandu dans les fosses d'aisances, on badigeonnait de coaltar les murs des cabinets, les couloirs étaient fréquemment arrosés d'une solution phéniquée.

Le jeudi 28 mars, arriva de Paris M. Pallain, Directeur général des Douanes, justement ému des dangers qui menaçaient cette intéressante agglomération humaine, et des risques qu'un pareil établissement totalement envahi par la variole eût fait courir à la ville. Il accentua les ordres de revaccination générale, fit comprendre en termes énergiques qu'elle était strictement néces-

(1) Voir les résultats à l'Appendice.

saire, et la prescrivit d'une façon absolue, sous peine d'exclusion de la Caserne. Suivi de son état-major, il voulut voir avec moi tous les malades, auxquels il prodigua des paroles d'encouragement et de consolation, et leur fit délivrer des secours de toute nature.

Il avait fait venir de Paris un employé de la maison Genest et Herscher, un pulvérisateur et une étuve à désinfection. Tous les effets de literie des logements contaminés ont été passés à l'étuve ; du linge neuf a été mis à la disposition des malades ; des pulvérisations de sublimé ont été faites dans tous les locaux de la caserne, sans exception.

Bien que la panique ne se fût nullement emparée des esprits, cette visite du Directeur général a produit un effet excellent sur le moral de la population douanière.

Cependant, l'élan initial de la variole épuisa sa force sur les organismes primitivement atteints et non encore préservés par l'action secondaire de la vaccine. Le nombre total des cas s'est élevé jusqu'à vingt-six environ, dont douze ont été graves. Je n'ai perdu qu'une femme de trente ans, Madame G., elle a été inhumée vingt heures après son décès. Son logement, désinfecté par le sublimé et l'acide sulfureux, est resté inhabité jusqu'à nouvel ordre.

Dès les premiers jours d'avril, je n'observais plus un seul cas nouveau de variole. A peine quelques varioloïdes légères sont venues, depuis lors, témoigner des derniers efforts de l'épidémie étouffée à sa naissance. Or, elle n'avait encore envahi sérieusement qu'une aile d'un pavillon, comprenant la douzième partie environ de la population totale. Si nous n'avions pris des mesures radicales pour la juguler à ses débuts, nous pouvions avoir en quelques semaines deux cents varioleux à traiter, au bas mot !

L'épreuve a donc été décisive ; à la voix de son chef, cette population a obéi militairement. Le vaccin puisé à des sources excellentes a stérilisé tous les terrains que la variole menaçait, en même temps que des courants antiseptiques lancés de toutes parts imprégnaient les logements, et donnaient au virus vaccinal le temps de produire ses efforts préservateurs.

La situation était sauvée et j'avoue franchement que, malgré ma foi robuste dans l'efficacité de la vaccine, un succès aussi complet a dépassé toutes mes espérances.

*
* *

L'enseignement qui découle du fait précédent comme de source logique, est l'indication formelle des revaccinations en masse, en temps d'épidémie.

Le vaccin de génisse doit être choisi, pour écarter toute appréhension pouvant détourner de la vaccination générale. Mais, quelque grande que soit son efficacité, l'immunité antivariolique qu'il confère s'épuise à la longue.

D'autre part, il faut tenir compte, au point de vue de la durée du pouvoir préservateur, de l'influence exercée par la suractivité des germes varioliques en temps d'épidémie. D'où la nécessité de la revaccination, opération qui a pour but de suppléer à la faillibilité de la vaccine.

La revaccination, pratiquée avec du vaccin de génisse, ne peut être qu'avantageuse. D'abord, la variole ne respecte aucun âge, aucun tempérament ; elle est parfois plus dangereuse dans la vieillesse qu'à l'âge mûr. D'autre part, il est difficile de mesurer mathématiquement la durée de la préservation conférée par les vaccinations antérieures ; que l'on ne craigne donc pas de se faire revacciner de temps en temps. Le vaccin rend l'organisme humain de plus en plus impropre à la genèse et à la prolifération des éléments varioliques qui, dès lors, ne peuvent produire qu'une végétation incomplète, avortée, des varioloïdes légères.

Aussi, Warlomont, directeur de l'Institut vaccinal en Belgique, conseille-t-il de se revacciner souvent jusqu'à ce que la revaccination soit tout à fait stérile. C'est ce qu'il appelle *vaccinisation*. On acquiert ainsi une garantie absolue contre la variole ; quels que soient les résultats de la vaccine, à l'endroit de l'éruption, son action n'est pas vaine ; pour les sujets vaccinés depuis peu de temps, elle complète leur immunité.

Ainsi s'explique cet arrêt subit d'une épidémie naissante par une revaccination en masse, phénomène surprenant qui devrait rassembler autour des vaccinateurs, quand règne la variole, tous ceux qui ne sont pas sûrs de pouvoir la braver impunément.

Quels sont enfin les inconvénients que peut, au pis-aller, occasionner une revaccination bien faite ? Par suite de propriétés éminemment actives d'un virus employé il peut se produire une éruption vaccinale généralisée, ou encore une roséole peu intense, érythémateuse ou papuleuse (rash vaccinal). Ces accidents, extrêmement rares, sont éphémères et jamais dangereux. Parfois encore, peu après l'inoculation, surviennent des troubles généraux, une espèce de fièvre de peu de durée ; c'est tout simplement la fièvre vaccinale, et, dans ce cas, bien que l'éruption fasse défaut, l'économie n'en a pas moins subi les effets du vaccin (*vaccina sine vaccinis*).

En résumé, la vaccine pratiquée suivant les règles de l'art avec du cow-pox est un préservatif sûr contre la variole, mais son action s'épuisant au bout d'un certain nombre d'années, quand survient une épidémie, il est toujours prudent, souvent utile et jamais nuisible, de se faire revacciner, pour augmenter en soi l'immunité antivariolique.

Conséquemment, il serait à souhaiter qu'on pût faire partout en France ce qui ne s'exécute que dans les casernes : aux premiers signes d'une épidémie décréter une revaccination générale obligatoire. Nous ne ferions en cela qu'imiter différents pays d'Europe (la Suède, la Bavière, les Iles Britanniques). Aussi, dans la dernière épidémie de 1870-71, on a pu constater, par des statistiques bien faites, que la mortalité a été chez eux incomparablement moindre qu'en France, où la vaccine était facultative et quelque peu négligée.

APPENDICE.

Résultats des vaccinations et revaccinations.

Nous n'avons employé que du vaccin de génisse en pulpe, issu de sources reconnues excellentes, ce sont : à Paris, *le Concours médical*, le Dr Doucet et l'établissement Chambon ; à Marseille, M. Fournac, qui nous en ont fourni. Les envois ont été faits avec soin et ponctualité. Les résultats immédiats sont été satisfaisants, comme on pourra en juger par le tableau ci-après.

			Vaccinés	Avec succès
Hommes	655			303
Femmes	436			198
Enfants.	545	de 0 à 6 ans (1re vaccination)	50	50
		de 6 à 10 ans	244	81
		plus âgés	251	102
	1.636			734

La moyenne générale est de 734, soit près de 45 succès pour 100.

Nous avons cru devoir revacciner les enfants de 6 à 10 ans, ayant remarqué que plusieurs sujets de cet âge étaient actuellement atteints de varioloïde. Le résultat nous a donné raison. Il nous semble assez remarquable et démontre que pendant cette période la réceptivité vaccinale, ou propriété de se retrouver susceptible d'être influencé par le vaccin, se rencontre assez fréquemment. La réceptivité variolique doit suivre une marche parallèle, mais ne redevient généralement vive et dangereuse qu'après 10 ans.

Nous n'avons eu à enregistrer aucun accident résultat du vaccin ni de l'opération ; nous avons observé un seul cas de vaccine ecchymotique, chez une femme de 45 ans, et une dizaine d'éruptions diverses de roséole vaccinale, sans gravité, chez des enfants.

Quelques mots sur le traitement.

La jeune fille non vaccinée, qui a importé la variole dans la caserne, a été frappée d'une éruption intense, monstrueuse. Pendant plusieurs jours elle n'avait plus une forme humaine. C'était un spectacle aussi repoussant que digne de grande commisération de voir cette masse informe gémissant, ne pouvant ni parler ni boire, secouée par la douleur et les frissons. Elle guérit, grâce aux soins constants de sa mère. La période de danger passée, nous avons reconnu qu'elle portait au sacrum des eschares énormes, suivies d'excavations profondes comme le poing d'un adulte. Un pansement iodoformé et phéniqué les a comblées en quelques jours, comme par enchantement.

Plusieurs malades ont été atteints d'angines très graves. La femme Guérin a succombé à des accidents gangreneux du pharynx.

Les bases de notre traitement étaient simples ; l'inévitable et souvent efficace antipyrine a calmé régulièrement la céphalalgie du début. L'extrait de quinquina était très bien supporté pendant la période d'état et de suppuration, et soutenait les forces des malades, alimentés au lait et au bouillon. Enfin, la vaseline boriquée nous a parfaitement réussi pour apaiser l'inflammation cutanée, et pour atténuer les traces de l'éruption.

Quant aux pulvérisations de sublimé, projetées dans tous les logements, je suis persuadé qu'elles ont dû exercer une influence salutaire, non seulement au point de vue prophylactique, mais même sur les individus déjà atteints.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Mes recouvrements judiciaires en 33 années de pratique.

V., 3 mai 1889.

Cher Directeur,

Je viens de soutenir un procès à X..., pour un accident des plus graves survenu en avril 1882. Toute la cuisse était broyée. Le Dr A., à S..., voit le blessé avec moi le cinquième jour. Notre avis commun est qu'il est perdu à bref délai, que l'amputation de la cuisse est impossible, qu'il n'y a de possible que la désarticulation, que l'état général ne permet même pas. Gangrène des parties molles, extraction de nombreux sequestres ; bref, la suppuration s'établit avec une abondance si extraordinaire que l'on est obligé de recueillir dans un seau le pus qui coule dans une gouttière d'une façon continue. Je n'ai jamais vu rien d'approchant.

La main introduite par la plaie antérieure peut ressortir par la plaie postérieure. L'existence de cette dernière me fait recourir à un appareil spécial. Le membre est placé sur une toile percée en son milieu, maintenu de chaque côté par 2 tiges de bois. Une poulie placée au plafond porte 4 cordes que l'on attache aux bâtons pour soulever le membre comme dans un plateau de balance. Le pansement fait, il est remis dans la gouttière. Tout cela dure bien deux heures.

Enfin, les fragments se rapprochent avec un raccourcissement de 10 cent., dû à la perte de substance osseuse... Le tissu osseux se reproduit avec une extrême abondance et forme autour du fémur un manchon, une virole qui consolide le membre d'une façon très heureuse et le blessé, avec un soulier à haut talon, fait facilement plusieurs kilomètres à pied, sans canne.

Il m'avait versé spontanément 650 fr. fin septembre 1882, très satisfait de son état.

Il va consulter, à Paris, le professeur X..., qui lui dit qu'il a une tumeur osseuse ; que l'on ne savait donc pas couper une cuisse à V..., sans se demander si la chose était possible.

Un autre médecin qu'il va voir à Paris, inscrit en tête de sa consultation : magnifique exemple de chirurgie conservatrice qui fait le plus grand honneur aux Drs A.... et M...., et tel était aussi l'avis du patient jusqu'au moment du règlement de mes honoraires.

Il s'agissait d'un maître marinier dont la situation semble être de 60 à 80,000 fr.

Prenant en considération le trouble que son accident avait dû amener dans ses affaires, j'ajournai toute réclamation, et voyant qu'il ne parlait pas de terminer ce compte, je finis par le lui adresser en mars 1888 ! ! ! 268 visites à 2 kilomètres à 4 fr. — 255 pansements. — 2 consultations avec le Dr M..... — 1 avec un orthopédiste, etc., total 2000 fr. — 650 reçu.

Après une longue attente, il finit par m'offrir 1000 fr. — 650 = 350 pour solde, offre qu'il a élevée devant le tribunal à 1200 — 650 = 550.

Il me demandait une note détaillée. Je la fis conformément au tarif minimum imprimé du syndicat. Elle s'élevait à 2,515 fr., mais je ne réclamais, en somme, que le montant de ma note primitive, soit 2000 en tout — 650.

J'envoyai notre tarif imprimé et un avis du bureau du syndicat, déclarant que ma réclamation était *extrêmement modérée*.

Comme l'avoué de mon client avait déclaré que celui-ci aimerait mieux avoir la cuisse coupée, que tel était l'avis d'un prince de la science, M. le professeur X... qui... médecin que..., etc., le tribunal ordonne la comparution du blessé en personne. Fort heureusement, le tribunal fut favorablement impressionné, d'autant plus qu'un médecin de C..., le Dr L..., interrogé par un des juges, avait déclaré qu'il ne connaissait qu'un cas

de guérison aussi favorable obtenu pendant la guerre. Grâce à cela, le client a été condamné à me payer 1650 fr. — 650 et aux frais.

Je craignais pire.

Mais, et c'est là le but de cette lettre, je veux vous faire part des raisonnements du tribunal.

Je réclamais avec insistance la nomination d'experts que le tribunal choisirait lui-même. Le président déclarait à plusieurs reprises à mon avoué qu'il n'entendait rien à ces questions d'honoraires, qu'il faudrait un tribunal spécial. Néanmoins il ne voulait pas d'experts compétents.

Notre tarif imprimé que je présentais comme étant tout au moins une pièce constatant les usages locaux ne signifiait rien. C'était une affaire qui ne concernait que nous.

L'avis des membres du syndicat était une œuvre de complaisance.

Quant à ma note détaillée, je comptais à la fois une visite et un pansement, mais, disait le président, un médecin de campagne m'a affirmé que l'on ne fait jamais payer un pansement. Cela se confond. On va voir son malade et l'on fait ce qu'il y a à faire. Mes pansements duraient souvent 2 heures, qu'est-ce que le temps ? Cela se compense par les jours où l'on se contente de tâter le pouls et de dire : continuez.

Vous comptez 4 fr. par visite parce que votre malade était à 2 kilomètres et demi de V...., mais c'est le terroir de V...., où vous faites payer 2 fr. la visite.

Votre confrère certifie qu'il n'a jamais fait payer ses visites à cet endroit moins de 4 fr. Que nous importe ?

Et vous osez faire figurer sur une note 2 certificats à 3 fr., ci. 6 fr. ! Jamais on n'a fait payer un certificat.

En vain je réponds que, puisque l'on m'a demandé une note détaillée, j'ai dû donner des détails, qu'au surplus j'avais spontanément réduit cette note de 20 0/0. S'il vous était dû 2.515 fr., il fallait réclamer 2.515 fr. Je ne comprends pas que l'on réclame moins que ce qui est dû. Mais c'est à nous d'apprécier, et puis, en dehors de l'argent, le médecin doit chercher d'autres satisfactions, le bonheur d'être utile et la ritournelle obligée ! Cette belle profession à laquelle vous vous dévouez... Oh ! nous n'entendons pas diminuer votre mérite ; un homme intelligent, instruit comme vous. Nous savons tous que vous avez tout fait pour le mieux, et nous constatons que vous avez obtenu un excellent résultat, etc., etc.

Voici ce qu'il faut penser de ma capacité : J'ai 33 ans d'exercice. J'ai poursuivi 2 clients récalcitrants. Le premier s'est exécuté avant l'audience. Celui-ci est le deuxième.

Six ans après son accident, je lui adresse sa note avec la proposition suivante :

Sur 1350 fr. me restant dû, de maintenant, mars 1888 au 1er janvier 89, vous me verserez 350 fr. quand et comme vous voudrez, puis vous me ferez une reconnaissance de 1000 francs avec intérêts, remboursable en totalité ou par fractions aux époques qu'il vous plaira de désigner. Il ne m'a même pas répondu.

Puisque j'ai encore de la place, voici une petite *anecdote caractéristique*.

J'ai été appelé, pendant la vacance du poste qui la desservait, dans une commune assez éloignée. Depuis le poste est occupé et il y a bien 8 ans environ que je n'y ai mis les pieds. Il m'est dû là environ 2000 fr. et j'ai calculé que pour ce service j'ai fait environ 3000 kilomètres. J'envoie ces notes chaque année depuis 8 ans. Personne ne m'a répondu, 2 exceptés ; l'un m'a payé l'année dernière 5 fr., l'autre cette année 12 fr., total 17 francs, et je n'avais pas encore entendu le speech du président de X... sur la philanthropie que les médecins ne doivent pas oublier.

Bien à vous.

Dr Y.

Commentaires de la loi militaire (service de santé appliqué aux médecins civils).

La nouvelle interprétation de l'article 6 du décret concernant l'organisation des *sociétés de secours aux blessés*, appliqué au personnel médical, a causé une vive émotion ; émotion bien justifiée, parmi nos confrères âgés de 35 à 45 ans.

D'après l'article 6, les *soldats* de la réserve de l'armée territoriale 35 à 40 ans ancienne loi, 35 à 45 ans nouvelle loi, peuvent seuls être autorisés à être employés dans le personnel des sociétés de secours aux blessés. Les docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe ne peuvent être autorisés à profiter de cette licence étant *officiers* territoriaux jusqu'à 40 ans, actuellement ; jusqu'à 45 ans après promulgation de la nouvelle loi.

Cet article 6 paralyse le recrutement de nos ambulances civiles, il enlève nos cadres de médecins et de chirurgiens surtout, absorbés par le service de santé. Désormais les sociétés de secours aux blessés ne pourront recruter leurs médecins et pharmaciens que parmi nos confrères âgés d'au moins 45 ans.

De plus l'état-major allemand ayant organisé la mobilisation de ses armées de façon à faire entrer 1,200,000 hommes en Alsace-Lorraine en moins de 10 jours après la déclaration de guerre ; la France aura soit sur la frontière de l'Est, soit sur les Alpes 1,500,000 hommes mobilisés dans les 15 premiers jours de la guerre. Le service de santé de 1,500,000 hommes exige 10,000 médecins ; puisque en 1870 les Prussiens en ont employé 7,800 pour 800,000 hommes. Le service de santé ayant droit de réquisition sur les médecins civils, et le personnel médical de l'active et territoriale, réunis, n'atteignant pas 7,000 médecins, il est facile de conclure que la réquisition s'exercera sur 3,000 médecins civils de 45 à 50 ans. D'où impossibilité pour les ambulances civiles de posséder un personnel médical suffisant, avec l'application de l'article 6. Tel est l'écueil important à signaler et à éviter que le *Concours médical* a le devoir d'indiquer aux *sociétés de secours aux blessés* ; écueil qu'il faut tourner et qu'il est toutefois possible de tourner pour assurer l'existence et le fonctionnement de nos ambulances civiles.

— Nous répondrons à l'article 6. Tout officier démissionnaire redevient soldat de 2e classe ; nous médecins du service de santé territorial, nous envoyons notre démission au directeur du service de santé et nous demandons comme soldats de la réserve territoriale à rentrer dans le droit commun ; c'est-à-dire à être autorisés à faire partie du personnel médical des sociétés de secours aux blessés, personnel médical qui échappe à la hiérarchie militaire ; en outre, en cas de mobilisation de notre classe, notre situation aux ambulances civiles nous dispense de l'appel sous les drapeaux. Nous médecins de 35 à 50 ans, nous avons donc le plus grand avantage à donner une démission

qui nous rend notre indépendance et nous permet de trouver dans les sociétés de secours aux blessés une situation conforme à notre dignité professionnelle et un rang plus honorable que le grade subalterne où nous croupissons sans espoir d'avancement à 40 ans, en qualité d'aides-majors de 1re classe ; quand les médecins de l'armée active sont de droit à l'ancienneté médecin-major à l'âge de 35 ans au plus tard.

Par conséquent, en cas de mobilisation, le médecin territorial ou requis se trouvera toujours à la table des lieutenants et sous-lieutenants âgés de 30 ans de moins que le médecin ; de plus, le vieux médecin territorial ou requis a naturellement comme supérieur le jeune médecin militaire de 26 ans, aide-major de 1re classe de l'active. Ne vous récriez pas, confrères, votre sort a été très amélioré, car en 1876-78 MM. les professeurs Cornil, Hayem, Lannelongue se prélassaient sur l'annuaire à l'âge de 40 ans, en qualité de médecins aide-majors de 2e classe, devant le salut militaire à leurs élèves stagiaires du Val-de-Grâce !! C'était un comble !!

Comme terme de comparaison, pour bien mettre en vue les bienfaits du service de santé militaire, nous ajouterons : les avocats, notaires, avoués, anciens volontaires, anciens caporaux dans l'active sont en général capitaines à 35 ans dans l'armée territoriale ; ils sont souvent incapables n'étant pas officiers du métier ; nous médecins, nous évoluons sur notre champ de bataille, *la maladie* ; chaque année du 1er janvier au 31 décembre, nos capitaines ne font leur métier que pendant 13 jours par an, mais leur aptitudes suffisent ; nous gens du métier, incapables de discerner les maladies sous l'habit militaire, nous ne recouvrons nos aptitudes que sous l'habit civil ; la thérapeutique et la pathologie militaire constituent, paraît-il, une science médicale sociale !

Jusqu'ici dans le corps médical sont nommés médecins-majors de 1re classe (commandants) et médecins-majors de 2e classe (capitaines) dans l'armée territoriale, les professeurs agrégés et les médecins des hôpitaux nommés au concours pour Paris et écoles ou hôpitaux de province ; ces messieurs sont nommés de droit à ces grades ; c'était juste, car ils honorent le corps de santé militaire ; mais la masse, le vulgum pecus, n'a pas droit jusqu'ici, même à l'ancienneté, d'avoir l'avancement promis et permis à tout caporal d'arriver au grade de capitaine à 40 ans (médecin-major de 2e classe).

Nous nous inclinons devant l'aristocratie médicale du service de santé ; c'est la règle, nous le reconnaissons ; mais ce n'est pas l'application d'une loi commune ; aussi nous protestons contre l'ostracisme dont est frappé le corps médical. Avis à la presse médicale !

Pour conclure, chers confrères, si nos protestations sont vaines, notre devoir et notre dignité professionnelle nous engagent à rendre nos deux galons à la direction du service de santé, pour ceindre, avec honneur, le tablier d'ambulance civile, en sautant par-dessus l'article 6. Rien ne saurait ni nous charmer, ni entraver le recrutement des sociétés de secours aux blessés. Nous ferons acte de patriotisme et d'humanité, aussi noblement sous le tablier d'ambulance que sous le dolman du service de santé.

En outre, la situation intolérable qu'on nous fait ne sera plus un sujet d'étonnement pour nos confrères militaires.

UN DÉMISSIONNAIRE.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Organisation de l'assistance publique dans les campagnes dans la Haute-Vienne.

Chers Confrères,

Il y a quatorze ans, j'avais eu déjà l'honneur de vous présenter un rapport sur la même question. Elle était mûre dès ce moment, mais l'un de nos plus sympathiques confrères, appartenant à notre Bureau, obtint de vous l'ajournement d'un vote favorable à nos conclusions, vote qui n'était pas douteux, par ce motif que l'Assemblée nationale étant saisie en ce moment de la question et d'un rapport de M. Tallon, il était prudent d'attendre son vote qui allait permettre de faire entrer immédiatement dans la pratique la solution choisie.

Hélas ! la solution a continué à être ajournée par les pouvoirs publics, et de législature en législature, la question s'est éternisée.

Il semble encore que l'heure va sonner, car de divers côtés l'opinion publique s'émeut et tranche la question favorablement. Tout récemment, le département de la Vienne, entre autres, a organisé un service gratuit de l'Assistance médicale et pharmaceutique. Son Conseil général a voté 16,000 francs d'allocation annuelle pour égaler l'allocation des communes. La Haute-Vienne n'en est pas encore là et, cependant, qui contesterait l'urgente opportunité de cette organisation dans un département aussi riche en indigents ?

Disons-le franchement, bien des indigents, dans la plupart des communes pauvres surtout, ne sont pas secourus comme ils devraient l'être, et, parmi eux, tout particulièrement ceux qui sont éloignés du médecin. Sans doute, nous sommes tout dévoués, mais le dévouement peut-il aller toujours jusqu'à faire à un indigent habitant à dix, vingt kilomètres toutes les visites dont il aurait besoin dans une maladie grave ? N'arrive-t-il pas souvent que l'indigent, surtout quand il a de jeunes enfants malades, sachant qu'il obtiendra avec difficulté les secours médicaux, pharmaceutiques, alimentaires, se contente de pratiques superstitieuses, fait « tirer les devoirs » et va faire la « dévotion » au Grand-Berneuil, à Beynac ou à cent autres pèlerinages ? J'ai entendu un homme qui connaissait bien les campagnes d'un de nos plus pauvres arrondissements, celui de Rochechouart, évaluer à un quart le nombre des campagnards qui meurent sans avoir vu un médecin. Ne doit-on pas déplorer pareille situation et n'est-il pas du devoir des praticiens, qui savent mieux que personne la grandeur de cette affligeante lacune, de la signaler aux pouvoirs publics.

A défaut de la famille, comme le dit très bien le Conseil supérieur de l'Assistance publique, les communes doivent l'assistance aux nécessiteux malades qui y ont leur domicile de secours. Les médecins et les pharmaciens doivent-ils supporter les frais des traitements à intervenir chez les nombreux indigents habitant la campagne ?

L'expérience, dans le plus grand nombre des communes du département de la Haute-Vienne, où il n'y a pas de secours affectés au service des indigents, a prouvé qu'il y a là une situation lamentable.

La charité du médecin et du pharmacien fait beaucoup de bien, sans doute ; plus d'un médecin sait, à l'occasion, outre ses voyages et ses soins, mettre la main à la poche, parfois même peu garnie, pour en tirer la pièce blanche qui procurera le bouillon. Non, il n'est pas vrai que cela suffise ; l'indigent n'est pas soigné comme une Société bien organisée doit le faire.

En présence de ces faits, quand on considère que l'augmentation de la population en France n'est plus que de 2 1/2 pour 1,000, tandis qu'elle atteint 9 en Allemagne et 13 en Russie, il paraît urgent d'aviser et de faire le nécessaire pour conserver le plus possible d'existences. Sur 36,000 communes, 25,000 n'ont pas un centime d'allocation au budget pour les secours à domicile... Beaucoup de communes son trop pauvres pour suffire à ce service; il faut qu'elles puissent se syndiquer entre elles pour une organisation et qu'elles soient aidées par le département ou par l'État. Il faut en outre que ce service soit imposé d'office aux communes réfractaires à la compassion.

Il n'est pas douteux que les médecins consentiront toujours à participer à la dotation du service d'Assistance en acceptant un tarif réduit ; c'est ce que fait notamment le corps médical de Limoges, qu'un crédit inférieur à 6,00) francs suffit à indemniser de ses indigents. Le jour où cette organisation qui donne à Limoges les meilleurs résultats sera étendue aux campagnes, une grande œuvre de justice et de louable socialisme sera accomplie. Tandis que le malade pauvre de la ville est un peu partout secouru par les finances publiques et la charité privée, le malade indigent qui vit dans les campagnes ne peut que d'une façon souvent dérisoire se procurer des vivres et les secours du médecin, du pharmacien, de la sage-femme, de l'hôpital. Cette criante inégalité doit disparaître. Le mal est plus grand qu'on ne croit. C'est une plaie honteuse.

Comme conclusion, j'ai l'honneur de vous proposer de voter la proposition suivante :

« *Il est urgent de rendre obligatoire l'organisation dans toutes les communes de l'Assistance aux nécessiteux malades.* »

Dr J. de Font-Réaulx.

Les conclusions du rapport de M. de Font-Réaulx sont adoptées.

REPORTAGE MÉDICAL

Interdiction de la médecine civile aux officiers de santé de la marine. — Le ministre de la marine vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les préfets maritimes :

« Un grand nombre de médecins civils de Toulon viennent de m'adresser de nouvelles plaintes sur la concurrence que continueraient à leur faire, dans la clientèle civile, certains officiers du corps de santé en service à Toulon.

« Je vous prie de tenir strictement la main à ce qu'aucun des officiers du corps de santé ne paie patente et ne tienne en ville de cabinet de consultation.

« Vous voudrez, en outre, faire connaître aux médecins de la marine du port de Toulon, que, dans le cas où l'un d'eux serait l'objet de nouvelles plaintes à cet égard et ne se renfermerait pas scrupuleusement dans les fonctions de son grade, je n'hésiterais pas à le déplacer immédiatement. »

Concours. — La première épreuve du concours pour deux places de chirurgien du Bureau central est terminée. Sont déclarés admissibles par ordre de mérite : MM. Ricard, Broca, Lejars, Poirier, Walther, Castex, Ménard, Guinard.

Le concours du Bureau central (médecine) vient de se terminer par la nomination de MM. Dreyfous, André Petit et Variot.

Société de protection des victimes du devoir médical. — Nous lisons dans le *Progrès Médical* :

Le *Concours médical*, dans son dernier numéro, nous donne le programme et les statuts de la Société pour les victimes du devoir médical. Nous nous faisons un devoir de donner à nos lecteurs un compte rendu très succinct de la première réunion de cette Société, qui a eu lieu le 7 mars dernier, ainsi que le procès-verbal des statuts adoptés. M. Cézilly, trésorier, a rendu compte de la situation de l'œuvre et a consigné la souscription pour une somme de 500 fr. du ministre du Commerce, de 2,000 fr. du ministère de l'intérieur et de la famille Rothschild pour celle de 1700 fr. Le bureau a également décidé que les fonds de la Société seront placés en achat de rente de 3 % amortissable et qu'un banquet par cotisations aurait lieu dans le courant de mai. Le premier comité de patronage est composé de MM. Théophile Roussel, président ; Franck-Chauveau, vice-président ; Henri Monod, secrétaire ; et, parmi les membres, nous citerons : MM. Brouardel, Léon Colin, Dujardin-Beaumetz, Grancher, Laborde, Trélat, etc.

Le *Progrès médical* s'associe à cette œuvre philanthropique. A maintes reprises, il a demandé la création d'œuvres de bienfaisance pour tous ceux d'entre nous qui ont été victimes du devoir professionnel, et il apporte ses vœux les plus sincères pour que la nouvelle Société trouve dans le monde médical de fervents et fidèles souscripteurs. Les demandes de renseignements sont adressées à M. Chastaing, pharmacien en chef de la Pitié, 1, rue Lacépède.

Contestation d'honoraires. — Le Dr Vincent Kamienski a fait assigner le sieur Daumas par devant le Tribunal civil de Lyon, en paiement de 525 francs pour honoraires à raison des soins donnés à Mme Daumas, décédée.

Le défendeur a reconventionnellement demandé 2,000 francs de dommages-intérêts au Dr Vincent Kamienski, en se fondant sur ce que celui-ci se serait présenté chez son client sous son prénom de Vincent, de manière à laisser croire qu'il n'était autre que l'honorable médecin de ce nom, chirurgien en chef de la Charité et professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Le défendeur n'articule pas que le demandeur se soit donné ces dernières qualités, mais aurait sciemment fait naître une confusion à la faveur de son prénom de Vincent.

Ce mode de défense n'a pas prévalu et le défen-

deur a été condamné à payer au demandeur la somme de 525 francs, objet de la demande.

Sur l'appel de Daumas, la Cour avait à examiner la question préalable de savoir si l'appel qui remettait en question la demande reconventionnelle était recevable.

La Cour a prononcé l'irrecevabilité et a confirmé le jugement sans pouvoir aborder la question de savoir si le demandeur avait sciemment ou non usurpé le nom d'un de ses confrères, et fait agréer ses soins à la faveur de cette confusion.

Mais ce piquant débat reviendra prochainement entre les parties.

Nous apprenons, en effet, que le sieur Daumas s'est porté partie civile et a cité en police correctionnelle le Dr Kamienski auquel il se propose de demander des dommages-intérêts pour l'avoir, prétend-il, trompé sur sa personne et ses qualités.

Concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Pour Paris, en chirurgie : MM. Nélaton, Tuffier, Ricard ; en accouchements : M. Bar.

Pour Lyon : M. Gangolphe.

Pour Bordeaux, en chirurgie : M. Villar ; en accouchements : M. Rivière.

Pour Montpellier : M. Estor.

Pour Lille, en chirurgie : M. Phocas ; en accouchements : M. Bureau.

Drame dans un asile d'aliénés. Mort de M. le Dr Bertani. — Une dépêche de Palerme du 12 mai annonce qu'une tragédie sanglante vient de se dérouler au refuge de mendicité de Reggio ! Le docteur Bertani, médecin de l'établissement, commençait sa tournée ordinaire dans l'infirmerie. Un certain Paolo Bolognesi, âgé de quarante-cinq ans, s'y trouvait depuis quelques jours. Il s'approcha du docteur et lui dit qu'il était fatigué de rester à l'asile, qu'il n'était pas malade, se sentant à même de gagner sa vie et qu'il voulait reprendre sa liberté. Le docteur Bertani lui promit de tenir compte de sa supplique. Bolognesi salua le docteur et se disposait à sortir, lorsque sur la porte il se trouva en face du chef infirmier Pellegrino Gazotti, qui l'invita à descendre avec lui. Alors Bolognesi, subitement, sans proférer une seule parole, sortit de sa poche un couteau bien affilé et qu'il avait aiguisé depuis peu. Avant que l'infirmier n'eût le temps de se garer, il le frappa de deux coups au cœur. Le docteur Bertani, au premier moment, ne se rendit pas compte de ce qui se passait, et, croyant à une simple querelle, il se précipita pour y mettre un terme. A son tour, il tomba froudroyé par deux coups de couteau portés par le meurtrier dans la région épigastrique. L'assassin alors chercha à fuir, et sauta par la fenêtre dans l'espoir de gagner la campagne. Malheureusement pour lui, il calcula mal son élan et se brisa un bras. Les gardiens se saisirent de lui et le remirent entre les mains des autorités. (*Lant.*, 15 mai.)

BIBLIOGRAPHIE

Un mouvement indéniable d'opinion a partout surgi en faveur de l'éducation physique. Chacun saura donc gré au docteur Monin, l'écrivain hygiéniste populaire, d'avoir fait entendre, dans le débat, sa voix autorisée.

La santé par l'exercice, un joli volume de 200 pages édité par O. Doin (place de l'Odéon), est à coup sûr l'exposé le plus complet, le plus précis et le plus clair de l'hygiène du mouvement. Le docteur Monin a épuisé son sujet en seize chapitres, rédigés avec son habituel souci de la forme littéraire.

L'ouvrage justifie pleinement l'éloge que lui décerne son préfacier, Ph. Daryl, l'éminent initiateur de la Ligue nationale de l'éducation physique : « Votre petit livre fera plus de bien qu'il n'est gros... Vous n'avez jamais écrit de meilleure prescription ; et votre ordonnance n'est point pour un seul malade, mais bien pour tout un peuple. »

Vient de paraître, aux bureaux du *Progrès Médical* :

La 4me édition revue et augmentée du *Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière*, publié par le Dr BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, directeur des écoles municipales d'infirmières. Avec la collaboration de MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, Budin, P. Keraval, G. Manoury, Monod, Poirier, Ch. H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier et P. Yvon.

Cet ouvrage, *adopté par les écoles départementales et municipales d'infirmiers et d'infirmières du département de la Seine*, est divisé en trois volumes dont les titres suivent :

Tome I : Anatomie et Physiologie, prix 2 fr. ; tome II : Administralion et comptabilité hospitalière, prix 2 fr. ; tome III : Pansements, prix 3 fr. ; tome IV : Femmes en couches ; Soins à donner aux aliénés ; Médicaments ; Petit dictionnaire, prix 2 fr. ; tome V : Hygiène, prix 2 fr. Les eiuq volumes réunis, Prix : 7 fr. 50.

Maladies de la langue, par le Dr Henry T. Butlin, chirurgien assistant et professeur de Chirurgie pratique et de Laryngologie à Saint-Bartholomew's hospital, traduit de l'anglais par le Dr Douglas AIGRE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un beau volume in-8° de 430 pages. — Prix : 8 fr.

Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme, par Paul SOLLIER, interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-18 jésus. — Prix : 2 fr. 50.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Drs MOULIN, de Bourg-Argental (Loire), DUPREZ, de la Gorgue (Nord), et de M. BERTRAND, d'Essoyes (Aube), officier de santé, membre du *Concours Médical*.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

(RONGIER et Cie, éditeurs, 4, rue Antoine Dubois.)

Cours complet de Droguerie, par WALTER DULIÈRE, pharmacien-chimiste........ 20 fr.
Hygiène et éducation de l'Enfance, Conseils aux jeunes mères, par le docteur E. GOLAY........ 3 fr.
Essai sur les lois des doubles décompositions chimiques, par KLOBB, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy........ 4 fr.
Recherches des Bactéries dans les tissus animaux, H. KU[illegible] (de Wiesbaden).
Edition française, par MARTIN HERMAN........
Fort comme la mort, par GUY DE MAUPASSANT.
1 volume grand in-8°........ 3 fr.
Le Prince de Bismarck démasqué, 1887-1888, par CH. DE MAUREL.
1 volume in-8°........ 6
Jalousie de jeune fille, par Madame JULIETTE ADAM.
1 volume in-18°........ 3 fr.
Deux sœurs, par ANDRÉ THEURIET.
1 volume in-18 jésus........ 3 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année **N° 23** 8 Juin 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Disette d'eau potable à Paris.

En général c'est seulement aux mois de juillet et août que la Compagnie parisienne des eaux avertit les bons Parisiens qu'elle manque d'eau de la Dhuys et de la Vanne et va leur verser avec l'eau de la Seine la fièvre typhoïde à pleines conduites.

Cette année, par suite de chaleurs précoces et de la présence à Paris d'un plus grand nombre de bouches à désaltérer, voilà que le service des eaux a mis quatre arrondissements depuis le 25 mai au régime de l'eau de rivière. Le *Bulletin médical* s'indigne avec raison de cet état de choses et demande ce que devient le projet de dérivation des sources de l'Avre qui figure à l'ordre du jour de la Chambre depuis bientôt trois mois, mais dont la discussion menace d'être remise aux calendes grecques. Le *Progrès médical* s'associe aux plaintes du *Bulletin* et ajoute que la solution ne dépend ni de la commission parlementaire, ni du rapporteur le Dr Gadaud, qui sont prêts et insistent. Le ministre des travaux publics promet d'intervenir pour la mise à l'ordre du jour, qui ne pourra être obtenue, nous apprend M. Bourneville, que si les journaux de médecine et la presse politique insistent. Pour notre part nous insistons de toutes nos forces. Tous les journaux affiliés à l'Association de la Presse médicale ne peuvent donner une meilleure preuve de leur accord qu'en réclamant avec une insistance unanime la discussion et le vote du projet de loi qui peut un jour nous mettre à l'abri des eaux contaminées.

Suppression de l'inspectorat des eaux minérales.

Une réforme depuis longtemps réclamée par la grande majorité de nos confrères des stations thermales, et qui avait soulevé à différentes reprises d'ardentes polémiques dans la presse et devant l'Académie, vient de recevoir un commencement d'exécution.

Par arrêtés ministériels, l'inspectorat est supprimé dans vingt-neuf stations d'importance très différente et dont les principales sont les suivantes : Allevard, Dax, Les Eaux-Bonnes, Les Eaux-Chaudes, La Bourboule, Bagnères-de-Luchon, Le Mont-Dore, Pougues, etc. Dans ces vingt-neuf stations, ou bien il n'y avait pas d'inspecteur actuellement en vigueur, ou bien le service des indigents est assuré par l'engagement collectif de *tous* les médecins.

Si nous sommes bien renseignés, dit le *Bulletin médical*, la même suppression des médecins inspecteurs sera faite peu à peu dans d'autres stations, à la condition que l'engagement de soigner les indigents soit pris par *tous* les médecins de chaque station.

Enfin, la suppression non plus partielle et successive, mais bien générale et simultanée des médecins inspecteurs serait préparée dans le courant de cette année et réalisée pour la saison thermale prochaine.

Pathogénie et traitement du diabète.

Parmi les savants qui ont étudié la pathogénie du diabète, il y a deux opinions opposées. Les uns avec Cl. Bernard invoquent l'hypersécrétion du sucre ; les autres, comme M. Bouchard, admettent le défaut de consommation du sucre et considèrent le diabète comme une maladie par ralentissement de la nutrition. Il semble que cette divergence d'opinions pathogéniques doive influencer la thérapeutique, puisque dans la première hypothèse l'indication serait de diminuer la production du sucre, dans la seconde d'accélérer les mutations nutritives.

M. *A. Robin* a cherché dans l'urologie clinique, à laquelle il s'est voué depuis longtemps, la solu-

tion de la question et il conclut en faveur de l'opinion de Cl. Bernard.

« Il semble prouvé, dit M. Robin, qu'il existe, chez le diabétique, *non seulement une exagération de tous les actes de la nutrition générale, mais une suractivité spéciale de certains organes, au premier rang desquels figurent le foie et le système nerveux.*

Si le diabète est une maladie par exagération de la nutrition, l'indication dominante de son traitement est de ralentir les mutations nutritives et non de les accélérer encore. Or, je vais démontrer qu'un médicament qui ralentit la nutrition générale et celle du système nerveux diminue à coup sûr la glycosurie. C'est ce qui a lieu avec l'antipyrine. Sous l'influence de ce médicament les matériaux solides de l'urine, qui indiquent le taux de la désassimilation générale, subissent d'abord quelques oscillations, puis s'abaissent régulièrement jusqu'à un point fixe ; en même temps la glycosurie diminue. Les bons effets du sulfate de quinine, de l'arsenic, des alcalins, et de quelques autres substances dans le diabète, ne tiennent pas à d'autres causes.

Mais les médicaments à conseiller contre le diabète ne doivent pas avoir comme unique effet de retarder les échanges organiques. Restreindre les oxydations générales n'est pas le seul but à atteindre, puisqu'on peut les réduire par tous les *poisons destructeurs des globules rouges* ou du système nerveux.

Pour qu'un agent thérapeutique puisse être expérimenté dans le diabète, il faut que, s'il retarde les mutations organiques, ce soit à la faveur de son influence sur le système nerveux. Il va de soi que, lorsqu'il sera démontré qu'un médicament possède cette propriété, on devra s'assurer qu'il ne suspend pas trop profondément l'activité nerveuse, comme certains médicaments qui diminuent, dans d'énormes proportions, le coefficient des oxydations phosphorées. On aura, dans la recherche de ce coefficient, un moyen de mesurer en quelque sorte l'effet du médicament sur les mutations nerveuses.

Bien entendu, il faut excepter des règles précédentes le *régime*, qui combat la glycosurie en privant à la fois la cellule hépatique de son excitant naturel et de la matière première du sucre.

Quant aux médicaments qui accélèrent la dénutrition, ils devront être proscrits de la thérapeutique. L'*oxygène*, l'un des plus actifs, n'a rien donné de bon ; il en est de même des *préparations ferrugineuses, de l'essence de térébenthine ozonisée, permanganate de potasse*, etc.

La *thalline* augmente le coefficient d'oxydation de l'azote et du phosphore, aussi ne diminue-t-elle pas la glycosurie. Quant aux *exercices musculaires*, ils doivent être modérés, car lorsqu'ils sont poussés jusqu'à la fatigue, ils augmentent la production du sucre et provoquent des accidents graves.

En m'appuyant sur les considérations qui précèdent, je crois pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° Les modifications que les lois de l'échange subissent dans les maladies éclairent la pathogénie de celles-ci et deviennent la source d'indications thérapeutiques certaines.

La connaissance des effets produits sur les échanges normaux par un médicament permet de pressentir, avant tout emploi, ses réelles applications thérapeutiques.

Il y a lieu de reviser à ce point de vue la physiologie des maladies et celle des médicaments. Cette étude faite, la thérapeutique entrera dans une voie nouvelle ; elle pourra revendiquer le titre de rationnelle et répudier définitivement les tâtonnements du passé.

2° La chimie biologique démontre qu'il y a chez le diabétique, non seulement une exagération de tous les actes de la nutrition générale, mais encore une suractivité spéciale de certains organes, au premier rang desquels figurent le foie et le système nerveux.

Le fait indéniable de la suractivité de la nutrition générale et la cellule hépatique commandée par une excitation nerveuse directe et réflexe doit donc être la base de la thérapeutique du diabète.

On peut affirmer d'avance que tout médicament qui ralentit par un procédé quelconque la nutrition générale et celle du système nerveux diminue à coup sûr la glycosurie.

Mais un médicament n'aura chance de réussir dans le diabète que s'il retarde les mutations générales par l'intermédiaire de son action primitive sur le système nerveux et s'il n'exerce pas sur ce système une action suspensive trop énergique.

Les moyens thérapeutiques qui accélèrent la dénutrition doivent être écartés *a priori*. Il est démontré, soit cliniquement, soit expérimentalement, qu'ils n'ont donné aucun résultat favorable.

3° Par conséquent, les indications thérapeutiques du diabète peuvent être formulées ainsi : *a*) soustraire à l'organisme, par un régime approprié, les matériaux de formation du sucre et priver la cellule hépatique de son excitant fonctionnel ; *b*) ralentir la désassimilation générale et la formation du glycogène à l'aide de moyens thérapeutiques qui diminuent les actes chimiques de la vie organique par l'intermédiaire de leur action primitive sur le système nerveux.

La vivisection en Angleterre.

La loi restrictive des vivisections votée par le parlement anglais en 1876 porte ses détestables fruits. Les nombreuses formalités que sont obligés de subir les physiologistes et les savants d'Outre-Manche, quand ils désirent instituer des recherches scientifiques nécessitant la vivisection commencent à les en éloigner, puisque le rapport officiel de l'inspecteur général de la vivisection, M. Erichsen, chargé de surveiller l'exécution de la loi constate que le nombre total des vivisections pratiquées en 1888 a été inférieur de 15 à celui de l'année précédente. Cela présage de médiocres progrès dans l'avenir à la physiologie et à la thérapeutique chez nos voisins.

Intoxications par la charcuterie à Lille. Botulisme ou trichinose.

A propos des empoisonnements récents de Lille, M. R. *Blanchard* écrit ceci :

Les journaux politiques ont fait récemment le récit d'*empoisonnements* dont sont actuellement victimes un grand nombre d'habitants d'un des faubourgs de Lille, après avoir fait usage d'un *hachis de viande de porc* ; quelques cas ont même été mortels. Il semble qu'on ait cru simplement à une intoxication, puisque le chimiste expert près les tribunaux se propose de rechercher

dans les viscères des victimes le poison, la ptomaïne sans doute, cause de ces accidents. Les circonstances particulières dans lesquelles s'est produite la maladie et la marche même de celle-ci autorisent à penser qu'il ne s'agit point ici de cas multiples de botulisme, mais qu'on se trouve en présence d'une *épidémie de trichinose*. Ce diagnostic ne semble pas avoir été discuté par nos confrères lillois et j'en comprends très bien la raison : n'est-il pas admis que, sauf la petite épidémie de Crépy-en-Valois, observée en 1878 par le Dr Jolivet, et si habilement reconstituée en 1881 par M. le professeur Laboulbène, la trichinose n'a jamais été constatée en France ? d'où la conviction intime qu'on ne saurait l'y constater, que nos races de porc y sont peut-être réfractaires, en tous cas que nos habitudes culinaires nous en préservent suffisamment. La preuve que nos habitudes culinaires peuvent se trouver en défaut, c'est qu'un certain nombre des malades de Lille ont mangé crue la viande incriminée ; les autres l'ont sans doute mangée insuffisamment cuite. La preuve que nos porcs indigènes ne sont point réfractaires à la trichinose, c'est que l'épidémie de Crépy-en-Valois était causée par un porc né et élevé en France, dans des localités connues. En admettant d'ailleurs, pour un instant, cette immunité providentielle de nos porcs français, les malades de Lille n'en seraient pas moins atteints de trichinose. Une grande ville comme Lille va forcément chercher ses approvisionnements jusqu'à une grande distance : la proximité de la Belgique, où la trichinose porcine est rare, il est vrai, mais s'observe néanmoins de temps en temps, et la proximité de l'Allemagne, où la trichinose porcine est extrêmement commune, expliquent suffisamment la présence d'un porc contaminé sur le marché de Lille.

D'autre part le Dr *Ducor* écrit dans le *Bulletin médical* que le fait suivant d'une gravité exceptionnelle, signalé au Conseil d'Hygiène de Lille, pourrait peut-être aider à faire la lumière sur les « empoisonnements » dont on a tant parlé. Il s'agit d'un atelier d'équarrissage qui avait été transformé en fabrique de saucisses et de saucissons destinés à l'alimentation des classes pauvres.

Des plaintes ayant été adressées à ce sujet à la préfecture, une visite de l'atelier fut faite inopinément, et permit de constater les faits suivants :

L'atelier était fort mal tenu et aucune des prescriptions de l'arrêté d'autorisation n'était observée. La chair des animaux abattus, au lieu d'être cuite immédiatement, était conservée dans des tonneaux à l'aide de sel. Au moment même de la visite, un ouvrier nettoyait des boyaux de cheval, et dans la pièce se trouvaient quatre ou cinq tonneaux remplis de viande désossée de cheval en salaison.

En un mot, tout permettait de présumer que cette viande était destinée à la consommation, sous n'importe quelle forme ou préparation, et qu'elle provenait des animaux livrés à l'équarrissage, c'est-à-dire de chevaux abattus pour cause de morve ou de farcin, et d'animaux morts de maladie, frappés du charbon ou épuisés par la tuberculose.

Dans un grenier, sorte de séchoir, il y avait, pendus à des barres, des saucissons composés de viande de cheval provenant de l'équarrissage ; les saucissons avaient une odeur assez accusée de fermentation, et la viande qu'ils renfermaient devait avoir un commencement de corruption lors de leur confection. Les viandes salées étaient altérées, corrompues, nuisibles à la santé et insalubres de par leur état et leur provenance. Cette fabrication clandestine présentait d'autant plus de dangers, que généralement les saucissons, ainsi livrés pour l'alimentation, étaient mangés crus, la viande étant uniquement pressée dans les boyaux sans avoir subi la moindre cuisson.

M. Ducor se demande s'il n'y a pas, dans ce fait d'ateliers d'équarrissage, transformés en fabriques de conserves alimentaires, une explication des « empoisonnements de Lille »

Il paraît d'aileurs que cinq ou six cas d'empoisonnements identiques à ceux de Lille, dus à l'absorption de viande malsaine, viennent de se produire à Armentières. Les malades ont été pris de violentes coliques et de forts vomissements. Ils sont soignés par M. le docteur Dubar, qui croit à des accidents de trichinose.

La commission d'hygiène cantonale, réunie par le maire d'Armentières, a décidé qu'un arrêté réglant les heures d'introduction et de vérification des viandes foraines serait pris dans le plus bref délai et soumis à l'approbation préfectorale.

La rage et l'essence de tanaisie.

M. Trasbot a lu à l'Académie un rapport sur une note de M. *Peyraud*, de Libourne, relative à la rage.

En voici les conclusions. L'essence de tanaisie injectée dans les veines à certaines doses produit chez le lapin une intoxication dont les symptômes se rapprochent de ceux de la rage. La solution de chloral à 10 %, mélangée avant l'inoculation au virus rabique, paraît diminuer et même détruire ses propriétés virulentes. L'essence de tanaisie injectée autour du point où une inoculation rabique a été pratiquée semble avoir empêché le développement de la rage sur un certain nombre d'animaux (4 sur 6), tandis que chez les animaux témoins, inoculés dans les mêmes conditions, un seul sur six a survécu.

Quoique ces chiffres soient insuffisants pour affirmer une immunité acquise par les injections d'essence de tanaisie contre les inoculations rabiques, ils n'en constituent pas moins un témoignage favorable dans une certaine mesure aux opinions soutenues par M. Peyraud. Aussi serait-il à désirer que ces expériences reprises sur un plus grand nombre d'animaux vinssent confirmer ces premiers résultats.

Pour les injections de chloral faites après inoculation sur six animaux, il n'y a eu que deux survivants, tandis que sur les six animaux témoins un seul a survécu.

Quant à la valeur préventive des injections d'essence de tanaisie pour s'opposer au développement de la rage inoculée après ces injections, elles ont fourni des résultats encore moins importants. Les animaux inoculés après ces injections dans la chambre antérieure de l'œil avec du virus rabique ont donné ces résultats : sur neuf animaux, deux seulement ont été préservés, quatre sont morts de la rage et trois de mort accidentelle. Toutefois, tous les témoins inoculés de la même façon ont succombé.

Ce sont là des chiffres qui montrent combien il est nécessaire d'étudier à nouveau cette influence de l'essence de tanaisie dans le traitement de la rage chez les animaux. Aussi la commission est-

elle unanime à proposer la conclusion suivante. Remercier M. Peyraud de ses intéressantes recherches et l'encourager à les continuer, en s'efforçant de donner plus de précision à la méthode qu'il préconise.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Danger des émanations gazeuses toxiques et influence nuisible de certaines odeurs sur les jeunes enfants.

Les jeunes enfants sont très sensibles aux émanations gazeuses toxiques et aux effluves odorants. Telle odeur, qui incommode à peine les adultes, peut influencer assez défavorablement leur système nerveux pour les rendre vraiment malades.

Pour ce qui est des gaz nuisibles, soit incapables d'entretenir la respiration et l'hématose comme l'acide carbonique, soit vraiment destructeurs des globules sanguins comme l'oxyde de carbone, s'ils se trouvent en quantité même très faible dans l'atmosphère où vit un petit enfant, ils peuvent compromettre gravement et rapidement sa santé et sa vie sans que l'entourage ait pu soupçonner la cause des souffrances de l'enfant, parce que cette cause est trop faible pour influencer les grandes personnes qui vivent avec lui.

J'ai recueilli personnellement un certain nombre de faits démonstratifs à cet égard ; mes lecteurs en garderont peut-être le souvenir, et à l'occasion leur attention sera attirée de la sorte sur des imprudences commises par les familles relativement à l'hygiène de la respiration. D'ailleurs je pense qu'il ne serait pas difficile de réunir, en feuilletant les recueils consacrés à l'hygiène et à la médecine infantile, beaucoup de faits analogues à ceux que je vais rapporter.

I

Je citerai d'abord des cas de véritable intoxication par les gaz délétères dégagés d'APPAREILS DE CHAUFFAGE OU D'ÉCLAIRAGE DÉFECTUEUX.

J'ai vu chez l'enfant d'un concierge, enfant de 10 mois, un cas de *purpura* récidivant localisé sur les membres inférieurs sous forme de petites extravasations sanguines : le teint était terreux, les muqueuses décolorées, des troubles digestifs se montraient assez fréquemment et l'enfant était habituellement engourdi dans une somnolence peu rassurante. L'examen minutieux des divers organes et appareils ne révélait ni maladie générale, ni maladie locale qui pût expliquer l'anémie, et l'enfant n'était pas mal alimenté. Les parents étaient l'un et l'autre sains et d'apparence vigoureuse. La seule dérogation évidente aux règles de l'hygiène qui pût peser sur la santé de l'enfant était relative à l'aération. Chacun sait ce qu'est une loge de concierge dans les vieilles maisons de Paris ; une première pièce ne recevant généralement de lumière et d'air que par la porte ou par un vasistas, par derrière un vrai trou noir qui ne reçoit à son tour l'air que par la première pièce. Dans cette arrière-loge se trouvait le berceau dans lequel l'enfant passait une grande partie de sa vie, et à proximité du berceau se trouvait un poêle de fonte, dont les émanations me prenaient à la gorge chaque fois que j'entrais. On était alors en hiver. Je pensai qu'un certain degré d'intoxication oxycarbonique devait exister dans le cas de ce petit. Il n'était pas possible d'obtenir que les conditions de logement fussent changées ; mais, sur mon conseil, la mère et l'enfant partirent pendant quelques semaines chez des parents dans un village voisin de Paris. Peu de temps après, l'enfant me fut montré, il n'avait plus de taches purpuriques, son teint était déjà meilleur, ses digestions n'étaient plus jamais troublées. L'hiver s'acheva ainsi ; l'enfant ne fut réintégré qu'au printemps dans la loge paternelle, son développement s'est fait depuis cette époque régulièrement et jamais le purpura n'a reparu.

Dans un autre cas que j'ai observé, une petite fille de quelques mois était élevée avec grand soin par une mère et une nourrice intelligentes et une seule condition hygiénique était défectueuse. La pièce qui était dévolue à la nourrice et à l'enfant était petite et donnait sur une cour étroite, mal éclairée pendant la plus grande partie de la journée. On avait obvié à cette obscurité de la pièce par deux *becs de gaz* qu'on maintenait allumés en hiver pendant la fin de la journée et la soirée. Chaque fois que j'entrais dans cette pièce, j'étais pour ma part incommodé par la chaleur sèche et l'odeur particulière que communique à l'atmosphère la combustion du gaz dans les locaux étroits. L'enfant, qui était de bonne humeur pendant la première partie de la journée et à la promenade, devenait chaque soir maussade, agitée, s'endormait difficilement, se réveillait souvent et en sursaut avec des cris, et même avait de longues *insomnies*. M'étant assuré que l'alimentation n'était pas plus copieuse que de raison, que l'enfant ne présentait aucune autre cause tangible d'agrypnie, je conseillai d'abord de ne plus allumer le gaz pendant plusieurs heures de la soirée comme on le faisait, et même, s'il était possible, de faire coucher l'enfant dans une autre pièce. Ici encore j'eus la satisfaction de constater que la suppression des émanations du gaz avait suffi pour faire disparaître les troubles nerveux de l'enfant.

Par ce temps où triomphent les *poêles mobiles*, on ne saurait trop attirer l'attention des familles sur les dangers que présentent pour les tout jeunes enfants (et même pour les grandes personnes), mais pour les bébés surtout, ces réservoirs d'oxyde de carbone, dont la plus mince fissure peut déverser la mort dans les chambres petites comme presque toutes celles que notre bourgeoisie anglomane décore prétentieusement du nom de *nursery* ; on a pris à nos voisins le mot, mais non la chose ; car, tandis que dans les maisons anglaises bien conçues, la chambre des enfants est habituellement une pièce vaste, bien aérée, bien ensoleillée où ne se trouvent ni tentures, ni meubles superflus, dans nos appartements parisiens exigus, on n'a le plus souvent consacré aux enfants qu'un grand cabinet de toilette, où la coquetterie d'une mère amie du bibelot a accumulé une foule d'objets souvent aussi inutiles qu'élégants.

« M. Cadet de Gassicourt, disait M. Lancereaux dans une récente clinique sur l'intoxication oxycarbonée, a rapporté qu'un enfant de vingt-neuf jours pour lequel il était consulté présentait de la torpeur, de l'anéantissement, de la somnolence et refusait les aliments. Ce médecin distingué fut d'abord embarrassé. Heureusement il eut l'idée

de la possibilité de l'influence d'un poêle et constata qu'il s'agissait d'une intoxication par l'oxyde de carbone. L'enfant fut séparé du poêle et alla bien au bout de quelques jours. »

L'observation suivante est aussi très significative. Une fillette de 2 ans qui est en général bien portante, mais nerveuse, avait eu un léger catarrhe aigu des premières voies respiratoires avec un peu de stridulisme; depuis 2 jours le rhume était fini, quand survint une attaque de convulsions aussi violente que rapide dans les conditions suivantes.

L'enfant était dans son berceau à moitié distance entre un poêle mobile ajusté devant la cheminée et la fenêtre.

Il était huit heures du soir et elle commençait à sommeiller; elle avait pris pour son dernier repas une petite tasse de lait deux heures auparavant, ce qui écarte toute idée d'indigestion. La mère, trouvant que l'atmosphère de la chambre est trop chaude, ouvre la fenêtre quelques minutes à peine, puis, constatant que l'air du dehors est trop froid, la referme vivement.

Dix minutes au plus après cette manœuvre, l'enfant s'éveille brusquement très rouge, s'agite, se plaint, se dresse sur son séant, puis subitement raidit ses bras, se renverse en arrière, les yeux convulsés.

La mère épouvantée, envoie chercher le médecin le plus proche, qui constate une attaque de convulsions. L'attaque prend fin, après avoir été composée de plusieurs petits accès d'intensité et de durée décroissantes. Le confrère prescrivit les moyens ordinaires; l'enfant fut d'abord transportée dans une autre pièce, puis on lui administra un lavement purgatif, qui ne ramena aucune matière suspecte. Ayant fait son interrogatoire dans le sens d'une indigestion possible, le médecin se retira en chargeant les parents de me dire qu'il avait eu à soigner une attaque convulsive, dont la cause lui échappait complètement.

Le soin d'élucider la question m'incombait, puisque je suis le médecin ordinaire de la famille. Mon enquête fut nulle sur tous les points sauf le suivant.

La mère, qui est fort bonne observatrice, ayant un poêle mobile qu'elle trouve commode, mais ne se dissimulant pas ses inconvénients, sait très bien reconnaître l'odeur révélatrice du reflux de gaz dans la pièce à certains moments,

Or, elle se souvenait parfaitement, — ce fut elle-même qui attira mon attention sur le fait — qu'après avoir refermé la fenêtre restée ouverte quelques minutes seulement, elle perçut l'odeur de l'oxyde de carbone. Mais son attention fut bientôt détournée par quelques soins de ménage et quand survinrent le réveil brusque de son enfant, l'attaque convulsive, l'arrivée du médecin, elle avait perdu le souvenir de l'émanation odorante et de l'incident de la fenêtre. Ce souvenir ne lui revint que le lendemain, alors que je la priais de me faire minutieusement le récit des circonstances dans lesquelles les convulsions s'étaient manifestées.

Voici comment, à mon sens, on peut reconstituer l'enchaînement des causes morbifiques.

L'ouverture de la fenêtre produisit, l'air extérieur étant très froid, un appel d'air en sens inverse du courant ascensionnel ordinaire des gaz de la combustion du poêle ; la plaque de cheminée était bien loin d'être hermétiquement close, je m'en suis assuré, un reflux d'oxyde de carbone se fit donc dans la chambre de la cheminée à la fenêtre ouverte, l'enfant se trouvant juste sur le trajet du courant gazeux et à bonne hauteur, dans un berceau bas.

Si la fenêtre était demeurée ouverte, l'atmosphère de la chambre se serait débarrassée rapidement de l'oxyde de carbone revenu de la cheminée ; mais, la mère ayant refermé précipitamment la fenêtre à peine après l'avoir ouverte, le gaz attiré de la cheminée et répandu autour de l'enfant était demeuré là dans les couches inférieures de l'atmosphère. Peut être en d'autres circonstances la petite fille n'eût-elle été incommodée qu'à la longue ; mais elle était depuis quelques jours dans un état nerveux plus accentué qu'à l'ordinaire, sa récente esquisse de laryngite striduleuse en faisait foi. La réaction énergique, violente de son système nerveux à l'impression du gaz méphitique et toxique revêtit la modalité convulsive. Le lendemain l'enfant était prostrée, le teint jaunâtre, les paupières un peu tuméfiées, l'appétit languissant. Mais, deux jours après, la santé était parfaite et n'a jamais été troublée depuis trois mois. Inutile de dire que dès le moment où sa culpabilité eut été soupçonnée, le poêle mobile fut exilé à la cave, d'où j'espère bien qu'il ne reviendra plus. Et nunc erudimini..., défenseurs des poêles mobiles !

Après les poêles mobiles je signale les *chaufferettes* comme capables d'altérer assez sensiblement la composition de l'atmosphère pour incommoder un enfant tout jeune, et j'ai dû plusieurs fois attirer l'attention d'une mère ou d'une nourrice sur le tort qu'elle avait de tenir ses pieds sur une chaufferette pendant que l'enfant était sur ses genoux,

Pour l'ÉCLAIRAGE d'une chambre où séjourne habituellement un enfant, je pense qu'il faut préférer à tout les lampes à huile ; la combustion de l'huile, si la lampe est bien construite, ne déverse dans l'air que peu de produits nuisibles, tandis que le *gaz* dessèche l'atmosphère, en vicie la composition par les produits de sa combustion ; le *pétrole* dégage toujours une odeur, à laquelle les adultes s'accoutument, mais qui peut très bien influencer défavorablement le système nerveux de très jeunes sujets.

« Il faut proscrire, dit J. Uffelmann, dans son excellent Traité pratique d'hygiène de l'enfance, dans les chambres où couchent les enfants les *veilleuses* qui vicient l'air, en y répandant de l'acide carbonique, et surtout les produits de combustion incomplète, des acides gras volatils, de l'oxyde de carbone, enfin du charbon en quantité telle que le matin on reconnaît à la vue, si une veilleuse a brûlé toute la nuit dans la chambre. »

Parmi les émanations qui peuvent vicier l'atmosphère on doit penser toujours à celles qui se dégagent des *fosses d'aisances*. J'ai une fois constaté une indigestion violente chez un enfant de trois ans non sujet aux troubles digestifs, une nuit que la fosse de la maison avait été vidée. L'odeur ammoniacale et sulfhydrique avait incommodé tous les habitants de la maison, mais l'enfant plus sensible en avait ressenti des effets plus accentués.

Le voisinage des *éviers* mal bouchés, par lesquels refluent des odeurs méphitiques, de certaines *cours* si *étroites* qu'elles ressemblent à des puits et dans lesquelles s'accumulent toutes les

odeurs culinaires ou *ménagères* de la maison doit encore préoccuper le médecin.

II

Mais voici des exemples de troubles de la santé causés chez des enfants par des ODEURS, qu'on ne soupçonne pas aussi naturellement que les précédentes et qui ne me semblent pourtant pas pouvoir être méconnues.

J'ai été consulté pour un enfant de trois mois qui, dans de bonnes conditions d'allaitement et d'hygiène générale, vomissait assez fréquemment après ses tétées, sans qu'on pût s'expliquer la cause de ses vomissements. La nourrice avait un lait de bonne apparence et assez convenable en somme pour l'enfant puisque, malgré ses indigestions inexplicables, il augmentait régulièrement. Je fis une enquête minutieuse sur les conditions dans lesquelles se produisaient ordinairement ses indigestions. En règle générale, en dehors du moment où elle lui donnait le sein, la nourrice ne gardait pas l'enfant, d'une part parce qu'elle s'employait activement aux soins du ménage, d'autre part parce que la mère, un peu jalouse de la nourrice, et la grand'mère par un sentiment de tendresse, s'emparaient de l'enfant aussitôt qu'il avait tété pour le bercer dans leurs bras ou dans son lit.

Cependant de temps en temps la nourrice conservait son nourrisson après lui avoir donné le sein, et alors le tenait étendu sur ses genoux.

L'enfant dans ces cas se plaignait généralement, s'agitait, paraissait mal à l'aise jusqu'au moment où survenait l'indigestion. J'en étais là de mes investigations et j'interrogeais la nourrice sur toutes les circonstances de nature à m'éclairer sur sa santé, la manière dont elle s'alimentait et digérait, lorsque je fus frappé de l'odeur spéciale qu'elle exhalait ; c'était celle de la *sueur fétide*, bromhydrose des pieds et bromhydrose axillaire. Tournant mon interrogatoire de ce côté, j'appris que la famille avait déjà remarqué cette désagréable infirmité chez la nourrice et qu'on lui faisait prendre des bains assez fréquents sans arriver à obtenir autre chose qu'une atténuation passagère des émanations sudorales. Je considérai dès lors comme assez vraisemblable que la respiration d'une odeur aussi écœurante pouvait bien provoquer chez le nourrisson, quand il demeurait sur les genoux de sa nourrice pendant la période de sa digestion gastrique un état nauséeux aboutissant à l'indigestion.

La thérapeutique dans cette hypothèse était nettement indiquée. Je devais traiter la bromhydrose de la nourrice. Le traitement consista à lui faire prendre matin et soir un bain de pieds de quelques minutes avec de l'eau naphtolée, suivi d'une lotion des espaces interdigitaux avec une solution alcoolique de naphtol; des lotions naphtolées étaient pratiquées aussi dans les creux axillaires, puis toutes les régions qui étaient le siège de la bromhydrose étaient saupoudrées de salicylate de bismuth. Le résultat obtenu dépassa mes espérances.

Au bout de quelques jours toute odeur avait disparu et l'enfant ne vomit plus même quand la nourrice le conservait sur ses genoux ou dans ses bras après lui avoir donné à téter.

Les odeurs fortes aromatiques, qui se dégagent dans certains locaux par suite de la profession des habitants, ne doivent pas non plus être négligées par le médecin hygiéniste. Mon maître M. Jules Simon a relaté, dans le premier volume de ses Conférences cliniques et thérapeutiques, le cas d'un enfant qui était incommodé par les émanations d'*essence de térébenthine*.

« J'ai observé, dit-il, chez un fabricant de porcelaine une cause de dyspepsie des nouveau-nés que je pourrais placer dans la classe des empoisonnements. C'était l'essence de térébenthine. La demeure des parents était remplie de cette odeur pénétrante, qui s'exhalait des ateliers de peinture situés en sous-sol, et tous les enfants, au nombre de trois, étaient dans le plus pitoyable état.

Le baby, âgé de deux mois environ, dormait mal, criait comme un damné et avait les selles indigérées. Je fis cesser cet état de choses sans changer de nourrice. On transporta l'enfant dans une autre habitation, et l'énervement disparut et les digestions de l'enfant se rétablirent graduellement. »

Ce fait me revint en mémoire, il n'y a pas longtemps dans un cas de *céphalée* tenace chez une petite fille de quatre ans que sa mère, peintre sur porcelaine, conservait une bonne partie du jour à côté d'elle dans un atmosphère saturée d'essence de térébentine. La mère, accoutumée depuis de longues années à cette odeur qu'elle trouve d'ailleurs plutôt agréable, et le pére, qui n'entre que quelques instants chaque jour dans la pièce où travaille sa femme, n'avaient pas soupçonné que l'enfant pût s'en trouver incommodée. De deux médecins consultés, le premier avait cru pouvoir prononcer le mot de prodromes de méningite et jeté, on le comprend, une alarme extrême dans l'âme des parents, — l'autre, réfléchissant que la céphalée durait déjà depuis longtemps sans que la méningite fût apparue, mais ayant égard à l'hérédité nerveuse maternelle et à la précocité intellectuelle de la petite fille, avait parlé de céphalée hystérique. Je sais bien que l'on peut voir des symptômes d'hystérie même chez de toutes petites filles, mais dans l'espèce je me crus autorisé à penser que la cause des maux de tête tenait à la susceptibilité du système nerveux de l'enfant pour les effluves térébenthinés et conseillai de lui faire passer quelques semaines chez sa grand'mère. Quand l'enfant eut changé d'habitation, ses maux de tête disparurent comme par enchantement.

PAUL LE GENDRE.

MALADIES DU NEZ

Pathogénie et traitement de la fièvre des foins (hay-fever.)

I.

De nombreuses théories pathogéniques ont été proposées pour expliquer la nature de la fièvre des foins (hay-fever) ; les unes sont basées sur les causes déterminantes (théorie du pollen — théorie microbienne) ; les autres sur les causes prédisposantes : théorie arthritique, théorie nasale) ; il y a une part de vérité dans chacune d'elles, mais aucune n'est pleinement satisfaisante. Par contre, si l'on veut prendre, dans chacune d'elles, ce qu'il y a de démontré, on arrive, en ne tenant compte que des faits acquis, à se faire une idée de l'enchaînement des phénomènes, suffisante pour permettre au médecin d'instituer une thérapeutique rationnelle.

Ainsi, ce que nous ignorons complètement, ce sont les conditions qui confèrent, au plus grand nombre des individus, l'immunité contre la maladie. Mais ce que nous savons pertinemment, c'est que le complexus symptomatique est le résultat d'une irritation de la muqueuse oculo-nasale, nasale, ou naso-pharyngienne : congestion oculo-nasale, larmoiement, photophobie, douleurs névralgiques, accès d'éternuements, rhinorrhée, bronchite vaso-dilatatrice, dyspnée asthmatique, etc., ne sont que des phénomènes réflexes, sensitifs, moteurs, vaso-moteurs, ou secrétoires, consécutifs à l'irritation de quelques terminaisons nerveuses sensitives du trijumeau. Nous connaissons un certain nombre des agents irritants qui peuvent provoquer les accès ; tel le pollen de certaines plantes. Peut-être l'irritation mécanique du pollen sur la muqueuse nasale est-elle suffisante, peut-être s'y ajoute-t-il une irritation chimique qui nous échappe, mais il semble plus probable que le pollen n'agit que parce qu'il apporte avec lui des micro-organismes, et que ceux-ci sont les vrais coupables. La mobilité plus ou moins grande de ces micro-organismes suivant que la chaleur et la lumière sont elles-mêmes plus ou moins marquées, expliquerait l'action de ces causes adjuvantes, qui n'est d'ailleurs pas douteuse. Toutefois je concède volontiers que toute cette étude microbiologique est à refaire, ou plutôt à faire ; non seulement dans les cas de fièvre des foins, mais encore en dehors de cette maladie. Il nous faudrait d'abord bien connaître les micro-organismes des fosses nasales saines ou malades, non seulement ceux qu'on y trouve, mais surtout ceux qui y vivent et s'y multiplient. On pourrait alors déterminer ceux qui y existent au moment de la fièvre de foin, et surtout au début de l'accès. On rechercherait si ces mibrobes spéciaux, pour se mouvoir ou pour pulluler rapidement, ne doivent pas se trouver dans certaines conditions déterminées ; par exemple si leur présence et leur action nocive dans les fosses nasales n'est pas liée à certaines qualités du mucus nasal, variables suivant les cas, et la solution de ce problème viendrait peut-être expliquer les différences de leur action suivant les individus.

C'est là un large champ ouvert aux travailleurs ; mais il est encore à peu près complètement en friche. Nous savons que les lésions pathologiques de la muqueuse nasale, et particulièrement certaines formes de rhinite hypertrophique (qu'elles aient pour cause un vice de conformation de la cavité nasale elle-même, un catarrhe naso-pharyngien, ou une affection générale ou locale quelconque capable d'amener des poussées congestives répétées vers la face) constituent une cause prédisposante extrêmement commune. Enfin nous savons aussi que les goutteux et les névropathes ou les gens issus de souche goutteuse ou névropathique forment la grande majorité des tributaires de la maladie. Pourquoi la muqueuse nasale des goutteux et des névropathes, surtout lorsqu'elle est malade, réagit-elle plus souvent que celles des autres individus à l'irritation du pollen, des poussières végétales ou des microbes que celles-ci portent avec elles ? Nous n'en savons absolument rien jusqu'ici, c'est un anneau de la chaîne qui nous manque encore, et nous devons nous borner à constater le fait sans chercher une explication qui serait purement hypothétique.

Quelque incomplètes qu'elles soient, ces notions permettent de résumer la théorie pathogénique de la fièvre des foins, de la façon suivante :

« La fièvre des foins est une névropathie réflexe « du trijumeau, d'origine nasale ou oculaire. Elle « est le résultat de l'irritation des terminaisons « nerveuses précitées par certaines poussières, et « notamment par le pollen de certaines plantes. « Cette irritation mécanique ou chimique, qui « paraît due plutôt à des micro-organismes trans- « portés sur les muqueuses par ces poussié- « res qu'aux poussières elles-mêmes, n'est capa- « ble de produire la fièvre de foin que chez un « nombre restreint d'individus. Nous ignorons la « cause de ces différences individuelles, mais « nous savons que cette irritabilité spéciale est « surtout fréquente chez les individus atteints de « rhinite hypertrophique, et qu'elle s'observe plus « communément chez les goutteux, les névropa- « thes ou les gens issus de souche goutteuse ou « névropathique. »

II

Cette conception pathogénique de la fièvre de foin étant admise, la conduite du médecin est toute tracée ; il sait dans quel sens doivent être dirigés ses efforts ; il peut abandonner les remèdes empiriques dont il sait l'inutilité, et instituer une thérapeutique vraiment rationnelle.

En dehors de la saison où se montre la maladie, il devra surtout lutter contre les causes prédisposantes. S'il a affaire à un goutteux ou à un névropathe, il soumettra son malade à un régime diététique convenable, à l'hydrothérapie, etc. Mais ces pratiques, quelque utiles qu'elles puissent être à d'autres points de vue, seront ici de médiocre utilité. Ce n'est point grâce à elles qu'il empêchera jamais la maladie de se montrer à son heure. Avant toutes choses, il devra soumettre le malade à un examen rhinoscopique attentif, répété à plusieurs reprises, à quelques jours d'intervalle ; et, s'il constate des lésions nasales, les traiter activement, et aussi complètement que possible. Bien entendu, je ne veux pas dire ici qu'il devra saisir immédiatement l'écraseur, la scie, ou le galvano-cautère ; quand je dis que le médecin devra traiter la lésion nasale, j'entends qu'il devra rechercher les causes de ces lésions, s'attaquer aux causes et les faire disparaître, s'il le peut ; traiter les lésions elles-mêmes par les différents moyens dont il dispose ; et, s'il reconnaît qu'une intervention chirurgicale est indispensable, mais dans ce cas seulement, la tenter aussi radicalement et complètement qu'il lui est possible de le faire.

Ici se pose la question de savoir si, lorsque des examens répétés ne lui ont permis de constater ni aucun vice de conformation du squelette amenant de l'étroitesse des fosses nasales, ni aucune lésion de la muqueuse, le médecin a le droit de chercher à *modifier* cette muqueuse en cautérisant sa surface à l'aide de l'acide chromique ou du galvano cautère. Quelques médecins, Sajous entre autres, n'hésitent pas à le faire, et ont publié des succès obtenus de cette façon. Je suis loin de nier que ces succès soient réels et durables, mais ma conviction est que c'est en pareil cas que le traitement intra-nasal échoue le plus souvent. A mon sens, si la muqueuse nasale est le siége d'une hyperesthésie marquée, si surtout cette hyperesthésie est bien limitée, je crois que le médecin est autorisé à intervenir ; mais je crois aussi qu'il est de son devoir d'avertir le malade

que le succès est très douteux en pareil cas. J'ai traité un grand nombre de malades atteints de rhinite hypertrophique, et j'ai *presque* toujours vu, en cas d'exagération de la sensibilité de la muqueuse, cette sensibilité notamment diminuée à la suite des cautérisations galvaniques ; par contre, lorsque j'ai traité par le même moyen des malades atteints de névroses réflexes nasales, dont l'origine nasale m'était démontrée par l'épreuve de la cocaïne, mais qui ne présentaient pas de lésions appréciables et avaient seulement de l'hyperesthésie de la muqueuse du nez, j'ai la plupart du temps échoué dans mes tentatives, et aujourd'hui je ne me crois plus autorisé à les soumettre, avec aussi peu de chances de succès, à un traitement qui est loin d'être aussi anodin qu'on l'a dit. D'après mon expérience, les cautérisations ponctuées, superficielles, de la muqueuse nasale au galvano-cautère, sont absolument inutiles ; je n'en veux pour preuve que le nombre des malades, déjà soumis inutilement à ces *mouchetures* inoffensives, que j'ai dû traiter ensuite et que je n'ai guéris que par une intervention beaucoup plus sérieuse. Qu'on se propose d'empêcher à l'avenir la tuméfaction sanguine des cornets en transformant leur tissu érectile, ou du moins la plus grande partie de ce tissu, en tissu cicatriciel ; ou qu'on veuille seulement détruire les terminaisons nerveuses sensitives pour éteindre l'hyperesthésie, il est nécessaire, dans un cas comme dans l'autre, de cautériser énergiquement, soit en profondeur, soit en surface, pour obtenir le résultat cherché. Ces cautérisations, il est vrai, ne sont pas douloureuses, grâce à la cocaïne dont aujourd'hui on connaît bien l'emploi, mais elles amènent fréquemment de légers accès fébriles, des malaises, de la perte de l'appétit, de la lassitude et de l'inaptitude au travail pendant 2 ou 3 jours consécutifs. Leur siège fait que, pendant le même temps et souvent plus, le malade a la fosse nasale obstruée, que la narine est souvent le siège d'un écoulement continuel, irritant et désagréable, que, quelquefois, il ne peut se moucher sans douleur. Le traitement galvano-caustique ne peut donner de succès qu'à ce prix, si bien institués et suivis que soient les soins consécutifs aux cautérisations. Qu'on se serve des divers cautères, ou de l'anse galvanique, les phénomènes sont à peu de chose près les mêmes, et très souvent d'ailleurs on doit les employer concurremment ou successivement. Mais si ce mode de traitement est le traitement de choix de la rhinite hypertrophique ; si, en pareil cas, on a grande chance de voir disparaître définitivement l'hyperesthésie de la muqueuse, il n'en est pas de même lorsque cette hyperesthésie existe sans qu'on puisse en même temps constater de lésions de la pituitaire. Souvent on n'a sur elle aucune prise ; plus souvent encore, on la fait disparaître, mais pour la voir bientôt se reproduire ; et peut-être alors est-on en droit de la considérer comme un phénomène d'origine centrale. Quant à moi, je n'hésite pas à me séparer complètement, sur ce point, de Sajous et de quelques autres auteurs, et je n'interviens pas par la galvano-caustique dans le but problématique de *modifier* la sensibilité de la pituitaire, lorsque celle-ci ne présente pas de lésions appréciables, et que le nez est normalement perméable.

S'il est indiqué d'instituer un traitement chirurgical intra-nasal, le médecin doit faire en sorte que celui-ci soit complètement terminé au moment de la saison de la fièvre des foins. Souvent alors il aura, comme je l'ai eue moi-même, la satisfaction de voir son opéré échapper à la maladie. Il lui restera, l'année suivante, à surveiller son malade, à constater l'effet du traitement, à le compléter s'il y a lieu. Le traitement hydro-minéral peut alors dans bien des cas être conseillé avec avantage : ainsi les malades atteints de la forme asthmatique de la maladie se trouveront souvent bien d'une ou plusieurs saisons, soit au Mont-Dore, soit à la Bourboule, suivant les indications.

Si le médecin n'a pu constater de lésions nasales, il devra s'attendre à voir presque inévitablement la maladie se montrer à l'époque habituelle. S'il a constaté des lésions qu'il n'a pas eu le temps de faire disparaître, il en sera réduit, comme dans le premier cas d'ailleurs, à une médication palliative. Je ne m'arrêterai pas ici à passer en revue les innombrables médications de ce genre qui ont été conseillées par les divers auteurs, chacune d'elles ayant donné de bons résultats dans quelques cas, et échoué dans les autres. Parmi les médications internes, je signalerai le sulfate de quinine qui peut être utile lorsqu'il est employé à propos et à dose agissante ; et je conseillerai surtout l'antipyrine, qui à dose suffisante, par exemple 3 gr. chez l'adulte (2 gr. dans 1/4 de verre d'eau de Vichy, et 1 gr. pris de la même façon 1/4 d'heure après), peut parfois empêcher l'accès d'éclater lorsqu'elle est prise peu de temps avant son début, ou l'enrayer lorsqu'elle est prise peu de temps après. Parmi les médications externes, les irrigations nasales antiseptiques tièdes, particulièrement la solution aqueuse d'acide borique saturée (33 pour 100), les inhalations de vapeur d'eau additionnée de teinture de benjoin, me paraissent les plus utiles.

La cocaïne permet souvent d'arrêter l'accès presque instantanément, surtout lorsqu'on l'emploie dès le début. On doit, pour avoir chance de réussir, faire usage de solutions fortes (1 pour 5). La solution dont je fais usage est formulée ainsi : chlorhydrate de cocaïne, 2 gr. ; glycérine, 4 gr. ; eau distillée, q. s. pour compléter 10 centim. cubes. Dès le début de l'accès, on fait avec un petit pinceau doux un badigeonnage de toute la muqueuse nasale accessible, et on recommence un second badigeonnage cinq minutes après le premier. Les malades font généralement très mal et très incomplètement ces badigeonnages ; aussi lorsqu'ils doivent se traiter eux-mêmes, il est préférable de leur faire faire, à l'aide d'un bon insufflateur à boule de caoutchouc, des insufflations avec une poudre : chlorhydrate de cocaïne, 2 gr. ; benjoin finement pulvérisé, 6 gr. ; sucre blanc en poudre fine, 2 gr., mêlez intimement. Non seulement la cocaïne peut enrayer l'accès, mais son action peut être durable, et deux fois déjà j'ai vu la maladie arrêtée pour toute la saison après quelques insufflations.

Le premier de ces malades qui était un homme de 38 ans, a été soumis, l'année suivante, au traitement galvano-caustique d'une rhinite hypertrophique très marquée, associée à un catarrhe naso-pharyngien de moyenne intensité qui a cédé assez rapidement. Il est aujourd'hui guéri à la fois de ses lésions nasales et de sa fièvre des foins. Son observation, très abrégée, a été insérée incomplètement, et inexactement dans la thèse de M. N

tier (p. 130, obs. V). La seconde malade une dame de 52 ans (Id., obs. IV), a vu sa fièvre des foins disparaître au bout de 2 ans. En 1886, elle a arrêté, à l'aide de la cocaïne, 2 (ou 3 accès, et n'en a plus eu d'autres. En 1887, même résultat. En 1888, les accès n'ont pas reparu. Or cette dame est atteinte d'une rhinite hypertrophique très marquée, et avait de la fièvre de foin depuis des années. Dès les premières insufflations de cocaïne, la tuméfaction de la muqueuse nasale a diminué sensiblement et n'est jamais revenue aussi marquée.

Ainsi non seulement l'action vaso-constrictive de la cocaïne peut, ainsi que je l'ai remarqué bien des fois, être durable ; mais ce médicament est également capable de faire disparaître, pour longtemps et peut-être définitivement, l'hyperesthésie de la muqueuse liée à la rhinite hypertrophique.

Les divers moyens mécaniques prophylactiques préconisés pour empêcher l'accès de se produire (lunettes fumées avec grilles et taffetas, tamponnements du nez, respirateurs ouatés destinés à filtrer l'air, etc.) sont la plupart du temps inapplicables. Il est difficile de les faire accepter aux malades, et leur efficacité est d'ailleurs loin d'être constante, surtout si le point de départ de l'accès est manifestement d'origine oculaire. Exceptionnellement, la cocaïne pourrait encore trouver son emploi en pareil cas, mais il faudrait alors faire usage d'un collyre à dose faible, comme font les ophtalmologistes. Je tenterai, cette année, de protéger la muqueuse nasale de mes malades non à l'aide de tampons et de respirateurs, mais en leur faisant pulvériser dans les fosses nasales de l'huile de vaseline, suivant la méthode que j'ai mise en pratique pour le traitement de l'ozène. En associant à cette huile une petite proportion de cocaïne, ou de substances antiseptiques (naphtol à petite dose, salol à plus haute dose), j'espère arriver à soustraire la muqueuse au contact direct des poussières, à diminuer sa sensibilité, et à empêcher l'action présumée des micro-organismes.

Quoi qu'on fasse, on a souvent beaucoup de peine à soulager les malades, et il s'en faut que la fièvre des foins soit toujours facile à guérir, et même à pallier. Mais souvent aussi, lorsqu'elle est liée à des lésions du nez, elle guérit radicalement en même temps que ces lésions. On ne saurait donc trop conseiller aux malades de faire traiter celles-ci lorsqu'elles existent et aux médecins de ne pas omettre de les rechercher dans tous les cas qui se présentent à leur observation.

Albert RUAULT,
Chef de la clinique laryngologique de l'Institution nationale des sourds-muets.

UROLOGIE

Action de l'acide azotique sur les urines

Par L. BOUCHET, Pharmacien de 1re classe (1).

Parmi les réactifs employés par le médecin pour l'examen clinique de l'urine, il en est un, l'acide azotique, d'une manipulation facile et qui rend de grands services par suite de ses indications multiples. Ces indications se trouvent dans tous les ouvrages d'urologie disséminées à chaque article différent et sous différents noms : ainsi pour l'albumine, la réaction est dite de Heller, pour les pigments biliaires réaction de Gmelin, etc.

L'interprétation à donner à ces différentes réactions n'est pas toujours aussi facile qu'on serait tenté de le croire après lecture de l'ouvrage.

Les différentes analyses d'urine qui m'ont été confiées et une entre autres m'ont obligé à grouper ces diverses réactions, et c'est ce qui fait l'objet de cette courte note.

Dans quelques cas j'ai constaté que, là où certains auteurs trouvaient des obstacles venant troubler la netteté de la réaction, les faits au contraire viennent se superposer, pour ainsi dire, les uns aux autres, en conservant leur caractère propre. Pour bien opérer, il faut avoir 2 ou 3 verres à expérience de forme conique, mettre dans chacun les mêmes quantités d'urine et de réactif (20 cc. d'urine et 10 cc. d'acide) et examiner attentivement les différentes phases de la réaction.

Au lieu de verser l'acide azotique le long des parois du verre, il est préférable d'amener le réactif au fond du vase avec un tube effilé.

Cela fait, on suit pendant 15 à 20 minutes la réaction qui peut traduire la présence : 1° D'un excès d'acide urique à l'état d'urate ; — 2° De l'albumine ; — 3° De la bile ; — 4° D'un excès d'urobiline ; — 5° D'un excès d'urée.

Il est bien entendu que ces réactions doivent s'observer sur une urine limpide ; si elle ne l'était pas, il faudrait la rendre telle par filtrations. Dans certains cas l'urine se trouble par tous les acides végétaux et minéraux (quand le malade a suivi un traitement résineux). On acidifie alors l'urine par l'acide acétique jusqu'à cessation de précipité et on opère avec l'acide nitrique.

1° *Acide urique*. — La présence de l'acide urique en excès est indiquée par un anneau situé un peu au-dessus du contact des deux liquides. L'anneau fourni par la décomposition des urates est composé de petits cristaux amorphes ayant au microscope l'aspect de l'urate de soude observé dans les urines à sédiments rosés. Cet anneau blanchâtre ne peut se confondre avec celui fourni par l'albumine et, comme critérium, on met dans un tube un peu d'urine et d'acide acétique en chauffant (maximum 40°) ; on voit ce trouble disparaître, tandis que l'effet contraire se produirait avec l'albumine.

2° *Albumine* (*Réaction de Heller*). — Dans le cas d'urine albumineuse il se forme une zone blanche qui gagne en épaisseur vers la surface libre de l'urine, selon la quantité d'albumine.

Les deux surfaces limitant cette zone sont parfaitement nettes et horizontales, mais il arrive quelquefois que la face supérieure présente des aspérités, des petits monticules ; ceci est dû à un dégagement gazeux provenant de la décomposition partielle de l'urée par l'acide azotique.

Comme critérium on peut faire l'essai à la chaleur tout en ne chauffant que la partie supérieure du tube, de façon à ce que le coagulum blanc tranche bien sur le reste de l'urine restée claire. On peut faire aussi la réaction de Méhu (par l'acide phénique et acétique alcoolisé.)

3° *Bile* (*Réaction de Gmelin*). — Pour caractériser les pigments de la bile il faut employer de l'acide nitrique un peu nitreux, je dis un peu,

(1) L'acide azotique est un réactif que tout praticien a sous la main, il est donc bon de savoir tout le parti qu'on en peut tirer, c'est ce qui nous engage à reproduire cet article. Note de la Rédaction.

car, s'il l'était trop, l'observation serait troublée par la décomposition de l'urée. Après addition de réactif, il se produit des zones colorées qui sont de bas en haut : Jaune, Rouge, Violet, Bleu, Vert. Ces colorations ne sont pas toujours nettement visibles, mais le violet et le vert sont indispensables pour caractériser la bile.

L'albumine ne nuit en rien à la netteté de la réaction, car ces colorations se produisent au-dessus de la couche d'albumine ; résultat que j'ai obtenu dans une analyse d'urine. Pour mieux caractériser la bile dans cette urine, je l'ai traitée par l'éther, puis sur cet éther fait la réaction de Pettenkofer, en ajoutant 2 gouttes sirop simple et 2 gouttes acide sulfurique, alors une coloration violette s'est montrée, puis est passée au pourpre. Très souvent les urines ictériques ne donnent pas aussi nettement cette réaction de Pettenkofer, il arrive alors que les acides biliaires qui lui donnent naissance n'ont passé dans les urines qu'en faible quantité relativement aux pigments.

L'examen microscopique des sédiments de l'urine en question m'a montré de l'acide urique de formes bizarres : lames d'épée, poignards, baïonnettes, pierres à aiguiser, gerbes, etc. Ces formes de cristaux sont parfaitement décrites dans le traité de chimie médicale de Méhu à l'article : Urines colorées par le pigment rouge hématique.

4° *Urobiline.*— La présence de l'urobiline se manifeste sous l'influence de l'acide azotique par une teinte acajou vieilli. Gubler et ses élèves donnent à cette couleur le nom d'hémaphéique et appellent les urines, qui la produisent, hémaphéiques parce qu'ils supposaient que le principe colorant était l'hémaphéine, matière brune résultant de la décomposition de l'hématine du sang.

Il m'a été permis tout récemment encore de bien voir cette réaction, alors même que l'examen microscopique de l'urine ne décelait aucune trace d'hématies. Couleur hémaphéique est donc un terme consacré, mais impropre, car il implique l'idée d'une substance qui ne se trouve pas dans l'urine qui donne cette teinte acajou. D'après Méhu, ce pigment urobiline provient du foie ; son pouvoir colorant est moins considérable que celui de la bilirubine avec laquelle il a quelque ressemblance, mais en diffère par sa solubilité dans l'eau et dans l'alcool, et, chose importante à noter, ses solutions alcalines ne verdissent pas au contact de l'air.

Méhu prépare l'urobiline en saturant l'urine par le sulfate d'ammoniaque et reprenant par l'alcool. Sa solution donne le phénomène de dichroïsme avec le chlorure de zinc, et passée au spectroscope elle produit une raie d'absorption entre la raie B et F du spectre de Frauenhofer.

On peut conclure à un excès d'urobiline quand l'acide azotique donne la teinte acajou foncé, teinte que j'ai trouvée se rapprochant de celle que donne une urine légèrement diabétique quand on la chauffe avec la potasse.

La proportion d'urobiline diminue dans l'anémie, la néphrite parenchymateuse chronique, les maladies de la moelle, le diabète ; elle augmente au contraire dans toutes les maladies où il y a une grande destruction de globules sanguins et combustion complète de leurs produits de dédoublement. (Robin, thèse de doctorat, 1877.)

5° *Urée.* — L'urée en excès est caractérisée par la formation de cristaux d'azotate d'urée qui se forment au-dessous de la surface de contact, au sein de l'acide azotique, puis tombent au fond du verre. Un faible grossissement fait de suite reconnaître ces cristaux, qui sont caractéristiques.

La formation des cristaux d'azotate d'urée n'est pas rare, surtout en hiver ; je les ai observés se formant rapidement dans les urines chargées en couleur et d'une densité, sans cependant contenir de sucre, de 1028 à 1031. Ce fait est fréquent dans la clientèle de ville ou l'alimentation est riche en azote.

Ajoutons en terminant, que dans le même verre on peut voir à la fois ces différentes réactions : zone blanche de l'albumine, gomme colorée des pigments biliaires et au-dessous cristaux d'azotate d'urée. (*Le Poitou médical.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Rédaction des ordonnances.

Les *ordonnances* du médecin doivent être lisibles et les prescriptions de substances vénéneuses devront être écrites en toutes lettres.

On lit dans l'*Union pharmaceutique* :

Mon cher confrère,

Nous vous serions fort obligé de répondre, par la voie de votre journal, à la question que soulève le fait suivant :

Un pharmacien doit-il exécuter la prescription que voici ?

« Boire tous les jours, pendant 7 ou 8 jours, une demie-bouteille (respectons l'orthographe du docteur) d'une infusion de feuilles de digitale à 8 *grammes* par bouteille.

Signature illisible. »

Nous avons cru devoir refuser de délivrer ainsi, comme l'exigeait la cliente, 56 ou 64 grammes de digitale. Ce refus nous a valu, naturellement, toutes les aménités que vous pouvez imaginer.

Mais puisque plusieurs confrères, nous est-il assuré, ont exécuté l'ordonnance en cause, et cela sans observation, il nous est bien permis de vous soumettre le cas et de faire appel à votre compétence :

Et nunc sub judice lis est.

Veuillez, etc.,

NICOT.

M. Ferrand a répondu dans l'*Union pharmaceutique*. Voici sa lettre :

« Pour répondre aussi brièvement et aussi nettement que possible à la question posée, je me placerai au double point de vue des convenances professionnelles envers le médecin et envers le client et de la sécurité du pharmacien.

L'ordonnance est irrégulière : 1° elle prescrit des paquets de feuilles de digitale — plante *toxique* inscrite au tableau des substances vénéneuses — et la dose en est indiquée en chiffres et non *en toutes lettres* ; 2° la dose est exagérée et suffisante pour provoquer des accidents ; 3° la signature du médecin est illisible et l'orthographe du document la rend suspecte.

Quelle conduite doit en pareil cas tenir le pharmacien ?

Il y a à considérer diverses hypothèses, suivant qu'on pourra ou non connaître le nom du médecin.

Si, le nom et le domicile du médecin étant connus, on suppose qu'on pourra le voir, le pré-

venir, obtenir de lui une formule correcte et rationnelle, il faut, à mon avis, gagner du temps, en évitant autant que possible de compromettre le médecin dans l'esprit du malade.

Si le malade est un client habituel de l'officine, plein de confiance dans son pharmacien, c'est une règle qui s'impose naturellement.

Si le médecin étant connu, il est impossible de le voir ; si le client refuse d'en faire connaître le nom ; si le client et le médecin sont également inconnus ; enfin s'il est matériellement impossible d'obtenir que la formule soit correctement rédigée, il n'y a pas d'autre parti à prendre que d'en refuser l'exécution, en motivant ce refus sur l'irrégularité de l'emploi des chiffres au regard de certaines substances et sur la responsabilité encourue.

N'oublions pas en effet que, d'une part, nous n'avons pas qualité pour modifier les doses portées sur une ordonnance, et que, d'autre part, nous sommes toujours responsables des suites que peut entraîner son exécution loyale. Le médecin échappe aisément aux conséquences de *ses distractions et de son parfait mépris de la loi* (1) ; il en est tout autrement du pharmacien — *qui a fourni le corps du délit*, et est dix fois coupable s'il a commis l'imprudence de se contenter d'une formule où les toxiques sont dosés en chiffres et prescrits en proportion exagérée. Les tribunaux ne nous pardonnent rien et nous font payer à la fois nos propres fautes et celles du médecin.

Contestation d'honoraires.

Le Dr Vincent Kamienski a fait assigner le sieur Daumas par devant le tribunal civil de Lyon, en payement de 525 francs pour honoraires à lui dus à raison des soins donnés à Mme Daumas, décédée.

Le défenseur a reconventiellement demandé 2,000 francs de dommages-intérêts au Dr Vincent Kamienski, en se fondant sur ce que celui-ci se serait présenté chez son client sous le prénom de Vincent, de manière à laisser croire qu'il n'était autre que l'honorable médecin de ce nom, chirurgien en chef de la Charité et professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Le défenseur n'articule pas que le demandeur se soit donné ces dernières qualités, mais aurait sciemment fait naître une confusion à la faveur de son prénom de Vincent.

Ce mode de défense n'a pas prévalu, et le défendeur a été condamné à payer au demandeur la somme de 525 francs, objet de la demande.

Sur l'appel de Daumas, la Cour avait à examiner la question préalable de savoir si l'appel qui remettait en question la demande reconventionnelle était recevable.

La Cour a prononcé l'irrecevabilité et a confirmé le jugement sans pouvoir aborder la question de savoir si le demandeur avait sciemment ou non usurpé le nom d'un de ses confrères, et fait agréer ses soins à la faveur de cette confusion.

Mais ce piquant débat reviendra prochainement entre les parties.

Nous apprenons en effet que le sieur Daumas s'est porté partie civile et a cité en police correctionnelle le Dr Kamienski auquel il se propose de demander des dommages-intérêts pour l'avoir, prétend-il, trompé sur sa personne et ses qualités.

(*Moniteur judiciaire* du 7 mars 1889.)

(1) Nous sommes de l'avis de M. Ferrand en ce qui concerne les distractions du médecin, auxquelles sont sujets les pharmaciens aussi ! mais nous ne comprenons pas le parfait mépris de la loi qu'il attribue aux médecins en général. A. C.

VARIÉTÉS

La nouvelle salle d'opérations de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

On vient de créer, pour le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, de Lyon, une salle d'opérations répondant, croyons-nous, d'après les descriptions qu'on en donne, à toutes les exigences de l'*asepsie et de l'antisepsie*, à tous les desiderata de la chirurgie contemporaine.

La salle est de forme carrée et mesure en longueur 9 mètres, en largeur 6 m. 30, en hauteur 7 m. 50. Tous les angles sont supprimés et remplacés par des surfaces arrondies ; le plafond est en dôme. Les murs sont recouverts, sur toute leur longueur, de larges plaques de verre, d'une hauteur de 1 m. 60 ; ces plaques, intimement soudées entre elles, descendent jusqu'au sol. La moindre souillure se remarque immédiatement sur leur surface, et d'autant plus que leur face postérieure a reçu une coloration rouge-brique foncée. Au-dessus de ce soubassement les murs sont revêtus d'un stuc d'une nuance d'un gris rosé. Les portes de la salle sont en fer nickelé ; tous les appareils en métal sont également nickelés. Nulle part de coins, de placards où la poussière puisse séjourner. A la hauteur de 1 m. 60 se trouvent des rayons en verre, qui servent de support aux solutions antiseptiques, aux pansements, enfermés dans des boîtes en métal, parfaitement closes.

La lumière arrive par une large fenêtre de 4 m. 80 sur 2 m. 30. L'éclairage artificiel est donné par le gaz. Une large cheminée maintient une température de 18° dans la salle.

Le sol est en ciment Vicat, sa pente est de 5 centim., 4 rigoles d'angles aboutissent à une ouverture centrale, fermée par une plaque à jour, en fer bronzé. Un grand lavabo, formé par un plateau en verre, dans lequel sont placées 3 cuvettes mobiles, fournit de l'eau froide et de l'eau chaude bouillie.

La table d'opérations est en verre. Elle permet l'écoulement des liquides, et peut être lavée entre chaque opération. Une table spéciale en verre est réservée aux laparotomies. Les tables pour les instruments, les cuvettes, tout est en verre.

M. le professeur Poncet obtient la stérilisation de ses instruments, en les plaçant pendant quelques minutes, dans un bain de glycérine, que l'on porte à 120°.

Dr J.

(*Bulletin médical*).

REPORTAGE MÉDICAL

On regardait, depuis longtemps, comme libre la vente en gros par les *commissionnaires*, des produits *pharmaceutiques spécialisés*, portant le cachet d'un pharmacien. La Cour d'appel de Paris vient de décider que la prohibition par laquelle la loi interdit la vente des médicaments s'applique

dans tous les cas, à quiconque n'a pas été reçu pharmacien, qu'il s'agisse de vente en gros ou de vente en détail.

Simple histoire à propos de statues. — Hier, un chirurgien de renom opérait dans une famille distinguée. Le malade, esprit supérieur, notre besogne terminée, n'eut qu'une exclamation : « Quel est l'inventeur du *chloroforme* ? » Plusieurs heures après, causant familièrement avec notre opéré, nous devisions des choses de la science et de la médecine. Il revint, avec enthousiasme, sur l'origine, les débuts de l'anesthésie générale, sur l'emploi du chloroforme. « Comment, monsieur, se fait-il, que les médecins, — que les chirurgiens surtout, — n'aient point fait davantage pour perpétuer la mémoire de l'inventeur du chloroforme ? Jenner a sa statue à Boulogne, Laënnec de même, je ne sais où. Pasteur l'aura sûrement. Et bien d'autres l'ont, qui ne sont que « des miniatures » de bienfaiteurs de l'humanité ! C'est une injustice criante. » Je lui promis d'en dire au moins quelques mots.

Et pourtant combien de médecins n'auraient pu répondre, du moins sur-le-champ, à la question de ce malade? L'invention du chloroforme, qu'est-ce ? auraient-ils répondu, pour la plupart ? Ce n'est pas assez pour *marbrer* un homme ! Eh bien ! Jenner n'inventa que la vaccine ! Laënnec que l'auscultation ! Lister que la méthode antiseptique ! Si l'on ne veut faire revivre ceux qui ont permis de conserver tant de vies (anesthésie, antisepsie), c'est à désespérer des ordonnateurs de statues. (*Progrès médical*).

Innovation excellente à la Faculté de médecine. — La Faculté vient d'ouvrir un pavillon d'anatomie d'été par les soins du chef des travaux. Un certain nombre de livres et d'atlas d'anatomie, quelques pièces sèches, des moulages et des os ont été rassemblés dans ce pavillon qui devient ainsi un véritable musée-bibliothèque d'anatomie normale. Ce pavillon est ouvert tous les jours de midi à 4 heures. Les préparations et les pièces, provenant des examens d'anatomie, y sont déposées chaque jour dans de grandes auges remplies d'un liquide conservateur, et restent ainsi à la disposition des élèves qui peuvent, en achevant la dissection de ces pièces et en les touchant, revoir toute leur anatomie. Nous n'ignorons pas combien l'Ecole pratique souffre du manque de cadavres ; aussi l'utilisation des pièces et des préparations provenant des examens suppléera-t-elle dans une large mesure à l'insuffisance des sujets.

Lumière électrique et Hôpitaux. — Au point de vue lumière, il n'est pas douteux que celle fournie par l'électricité est bien supérieure à celle du gaz. Au point de vue pratique, vaut-il mieux employer l'électricité que le gaz ? Oui, pourvu que, à l'heure actuelle du moins, on fasse grand. Aussi bien ce n'est pas notre affaire. Mais en ce qui concerne l'*hygiène*, la lumière électrique vaut *énormément* mieux que le gaz. Voilà, certes, quelque chose que l'on sait, mais que l'on ne répète pas assez. Pas de chaleur, pas de fumée, pas d'odeur, pas d'accidents à craindre, etc., etc. Nous sommes convaincu que l'Assistance publique de Paris songera à opérer cette révolution dans l'éclairage, elle qui a osé s'abonner au téléphone pour tous ses établissements hospitaliers, dès que la substitution sera possible, ce qui ne tardera pas. Quelle économie ! Plus de séances de galvano-cautères à 20 fr. l'une ! et de l'électricité à l'hôpital, comme à l'Exposition ou dans la rue ! Dire qu'il faudra encore longtemps crier pour avoir à l'*hôpital* ce qui *court les rues* ! Tels sont les termes de la réclamation de M. *Bourneville* dans le *Progrès*.

Les manœuvres dans les Alpes. — Une instruction ministérielle, datée du 28 février, mais récemment publiée, vient de réglementer les dispositions relatives aux cantonnements et aux marches dans les Alpes pendant l'année 1889.

Le service de santé sera assuré dans chaque bataillon par un médecin-major et dans chaque compagnie par un médecin auxiliaire. Une infirmerie sera installée dans les cantonnements pour chaque groupe alpin.

Il est probable que les fonctions de médecin-auxiliaire seront confiées à des étudiants en médecine engagés conditionnels.

Revaccinations dans l'armée. — A l'occasion de la dernière période d'instruction des hommes de l'armée territoriale, le ministre de la guerre a prescrit la revaccination immédiate, à leur arrivée au corps, des hommes de toutes les armes et services *sans distinction*. La même mesure, qui vise à l'extinction, déjà obtenue en Allemagne, de la variole dans l'armée, sera appliquée aux réservistes et aux hommes dits à la disposition, lorsqu'ils rejoindront leur corps.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Thibaut, de Menouville, à Bagnols par Fréjus (Var).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le docteur Roland, de Roanne, présenté par M. le Dr Barnay, de Roanne.

M. le docteur Longbois, de Joigny (Yonne), présenté par M. le Dr Laurent, de Cosne.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Rongier et Cie éditeurs, 4, rue Antoine Dubois.

Traité de Chimie minérale et organique comprenant la chimie pure et ses applications, par MM. ED. WILLM et HANRIOT, 4 volumes........ 50 fr.

Traité de Pathologie spéciale et de Thérapeutique des maladies internes, par A. STRUMPELL, professeur à l'Université d'Erlangen, 2e édition française........ 30 fr.

Manuel de Médecine opératoire, par J. F. MALGAIGNE et LÉON LEFORT, 2 volumes........ 16 fr.

Manuel de Pathologie et de clinique chirurgicales, par A. JAMIN et F. TERRIER. 3e Edition, tome 4me, 1er fascicule 4 fr.

L'activité mentale et les éléments de l'Esprit, par Fr. PAULHAN........ 10 fr.

La Philosophie dans ses rapports, avec les sciences et la religion, par J. BARTHELEMY-SAINT-HILAIRE........ 5 fr.

De la Résection du Genou, par le Docteur BOECKEL........ 3 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année **N° 24** 15 Juin 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

De la consanguinité comme facteur étiologique des neuropathies.

C'est une opinion généralement admise dans le monde et partagée par la plupart des médecins que les mariages consanguins exercent une influence fâcheuse sur la conformation et la santé des enfants issus de ces mariages. M. *Bourneville*, qui dispose, dans son admirable service de Bicêtre, de matériaux si précieux au point de vue de l'étude de l'hérédité dans les maladies nerveuses, a fait, avec un de ses internes M. *Courbarien*, un relevé statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité.

Ayant dépouillé 926 observations, recueillies dans les services consacrés aux épileptiques, aux hystériques et aux idiots de Bicêtre et de la Salpêtrière, ces auteurs ont relevé 38 cas où les malades provenaient de mariages consanguins, soit 4,1 %. Après correction par élimination de cas où la parenté avait été notée sans mention du degré et d'autres où les géniteurs étaient parents seulement au 3e, 5e, 6e degré, — ce qui, de l'avis unanime, n'a plus d'effets nuisibles, — la proportion tombe à 3,76 %, chiffre qui diffère peu de celui que Boudin indique pour la proportion des mariages consanguins aux mariages entre étrangers (2 %), chiffre supérieur à celui que fournit comme maximum M. Lacassagne (1,27) évidemment trop faible, et assez en harmonie avec la proportion variable de 1,5 à 4,5 % indiqué par Darwin dans une statistique pour l'Angleterre et pour les mariages entre cousins germains seulement.

Mais M. Bourneville a recherché dans les antécédents des malades issus de mariages consanguins les *autres causes* capables de produire à l'exclusion de la consanguinité, les maladies nerveuses précitées. Or il remarque que ces malades relèvent au moins autant que les autres de l'hérédité. Sur les 38 issus de consanguins, 7 avaient des antécédents héréditaires peu marqués (alcoolisme ou irascibilité extrême d'un des géniteurs), 28 avaient des antécédents héréditaires très marqués : chez le père colère, alcoolisme, arthritisme, impaludisme, migraine, suicide, saturnisme, apoplexie ; chez la mère, impressionnabilité, nervosisme, attaques d'hystérie, chorée, migraine, accidents et fatigues de la grossesse, rapports sexuels dans l'ivresse ; chez les collatéraux, l'asthme, les convulsions, l'aliénation mentale, l'idiotie, l'épilepsie, l'hystérie, le suicide, l'apoplexie, la démence. Enfin dans les antécédents des malades eux-mêmes on relevait quelquefois telles des causes génératrices d'affections nerveuses telles que les souffrances durant la vie utérine, l'asphyxie à la naissance, des maladies infectieuses.

MM. Bourneville et Courbarien concluent qu'il n'est pas besoin de faire appel à la *consanguinité*, c'est-à-dire aux alliances entre parents sains, pour expliquer les cas d'épilepsie, d'idiotie et d'imbécillité.

Ici, il s'agit, comme dans la plupart des cas du reste, de descendants *tarés* au point de vue nerveux, d'héréditaires, de victimes de l'hérédité névropathique.

Il convient d'admettre la *consanguinité morbide*. La transmission des défectuosités nerveuses d'un des générateurs au fœtus est certainement d'autant plus sûre qu'il s'y joint des dispositions semblables chez l'autre procréateur.

L'état nerveux du fœtus, qui dépend sans doute du conflit entre les prédispositions héréditaires identiques des deux parents et les modifications acquises individuelles, et par conséquent différentes de chacun d'eux, sera plus sûrement défectueux. L'*atavisme* de la famille est prédominant dans ces cas. 35 malades de la statistique de M. Bourneville n'étaient pas les seuls produits défectueux de ces alliances consanguines. Sans

parler de 9 fausses couches il y avait à tenir compte de ce fait que sur 117 frères ou sœurs, 32 avaient présenté quelques-uns des accidents suivants : convulsions ; méningite ; épilepsie ; chorée ; migraine ; idiotie ; imbécillité ; hystérie ; arrêt de développement ; division du voile du palais ; strabisme ; surdité congénitale ; pied bot.

« La consanguinité ainsi interprétée n'est que de l'hérédité, de l'hérédité non pas décuplée comme on l'a dit, mais plus probable. Au contraire, l'hypothèse de la consanguinité saine est tout à fait irrationnelle. *Des parents sains ne peuvent procréer que des enfants sains*, du moins d'une manière générale, car l'hérédité ne saurait s'appliquer à tous les cas. S'il est donc indispensable de s'opposer de toutes ses forces à des alliances consanguines entre parents défectueux, il ne serait pas juste de proscrire et condamner en bloc tous les mariages entre parents.

Si les éléments ne nous manquaient pour apprécier définitivement la question, surtout en ce qui concerne la rétinite pigmentaire et la surdi-mutité, nous ne craindrions pas de dire que l'expression de consanguinité est extrascientifique. Tout ce qu'on a dit ou écrit sous ce nom revient à l'hérédité. La question à laquelle on l'applique d'ordinaire, est, du reste, toute faite de préjugés moraux, religieux ou sociaux.

Le diabète à l'Académie : médecins chimistes et physiologistes.

La discussion a continué entre les mêmes orateurs. M. Worms, qui avait été critiqué à la fois par M. Robin et M. Sée, en termes à vrai dire modérément courtois, a répliqué à ses contradicteurs. M. Worms ayant invoqué à l'appui de ses opinions certaines notions chimiques, M. Robin lui a répondu que c'était là une « chimie de cabinet », et quand M. Worms a dit qu'il n'était ni chimiste ni physiologiste, mais seulement médecin, M. Laborde s'est écrié que le médecin qui n'est pas physiologiste n'est pas médecin.

Ces aménités n'empêchent pas que M. Worms n'ait parfaitement raison en exigeant que les affirmations lancées par ses contradicteurs du haut de leur chimie et de leurs expérimentations physiologiques au sujet de la pathogénie et du traitement du diabète n'aillent pas à l'encontre des faits positifs constatés par le clinicien chez de nombreux diabétiques.

Il est certain que les médecins sont en général absolument ignorants en chimie et pas très forts en physiologie ; aussi, quand parmi eux il s'en trouve qui sont plus initiés à ces deux sciences, ces initiés en abusent-ils pour traiter leurs confrères de haut en bas. Mais lesdits initiés ont tort d'abuser ainsi de leurs modestes avantages ; car dès qu'ils prennent la parole dans les Sociétés purement scientifiques, nous voyons par les Bulletins de ces Sociétés que les chimistes et les physiologistes de profession ne cachent pas leur dédain pour les bribes de science dont ces médecins écrasent leurs confrères dans les Sociétés médicales et au nom desquelles ils prétendent trancher toutes les questions cliniques litigieuses.

De l'importance des statistiques au point de vue du perfectionnement de l'hygiène sociale.

M. *Henrot* a fait connaître par un grand nombre de tableaux statistiques et de graphiques les progrès réalisés dans les différents services d'hygiène de la ville de Reims.

Ainsi, les dépenses destinées à favoriser le développement intellectuel et moral qui étaient de 90.000 francs en 1837, s'élèvent à 1.860.000 francs en 1887 ; les dépenses d'assistance se sont élevées, pendant la même période, de 80.000 à 540.000 francs.

Les dépenses de salubrité et d'hygiène étaient de 50.000 francs en 1837 ; elles atteignent 1.200.000 francs en 1887. Elles ont permis d'exécuter d'importantes améliorations hygiéniques, particulièrement l'épuration de la totalité des eaux d'égout par l'irrigation méthodique de près de 500 hectares.

La consommation des viandes fraîches de boucherie a, au point de vue de l'hygiène sociale, une importance considérable ; de 34 kilogrammes par tête d'habitant en 1847, elle atteint 58 kilogrammes en 1887.

La consommation des boissons, dans ses rapports avec le développement continu de l'alcoolisme, mérite une étude spéciale. On constate l'augmentation de la consommation du vin : 115 litres en 1888 au lieu de 90 litres en 1847 ; mais, malheureusement, la consommation de l'alcool par tête d'habitant a presque doublé ; de 4 litres, elle s'est élevée à plus de 7 litres 1/2.

Le volume d'eau potable s'est élevé de 800.000 mètres cubes en 1867 à 2.800.000 en 1888.

Le service de la protection des enfants du premier âge, après un mouvement ascensionnel de 1881 à 1886, est entré dans une période décroissante.

M. Henrot a terminé sa communication en exprimant cette pensée que la meilleure façon de diminuer les dépenses d'assistance, qui, depuis quelques années, augmentent dans une proportion inquiétante pour les budgets communaux, c'est de développer chez l'ouvrier les sentiments de solidarité et de prévoyance ; la société qui, dans un but d'humanité, multiplie ses dons sans rien demander à l'individu secouru, accroît sans cesse le nombre de ceux qui, pour vivre, comptent plus sur ses générosités que sur un effort personnel.

Il vaudrait mieux faire de plus grands sacrifices pour augmenter le nombre des Sociétés mutuelles et limiter les dons si répandus sous toutes les formes et d'une façon si généreuse par l'Assistance publique.

Les statistiques exactes, consciencieusement faites, sont appelées à rendre aux administrations et aux hygiénistes les plus grands services. Armés de statistiques s'étendant à toute la France, les hygiénistes pourront réclamer une législation sanitaire qui fait aujourd'hui encore absolument défaut.

Influence de certaines sécrétions glandulaires sur le système nerveux.

Bien curieuse est la communication faite par M. *Brown-Séquard* à la Société de biologie.

Depuis longtemps l'éminent professeur est préoccupé de l'influence des glandes sur le système nerveux. Il est possible que tout le rôle de la glande ne se borne pas à séparer du sang des produits qui doivent être rejetés par excrétion, et qu'elle sécrète en même temps des substances qui, ramenées par les veines dans la circulation générale, ont une influence sur le système nerveux. On sait quelle influence exerce sur le sys-

tème nerveux, dans ses différentes fonctions, la suppression des testicules, chez les eunuques, par exemple.

M. Brown Séquard avait à plusieurs reprises, cherché à greffer sur des animaux des portions d'un autre animal contenant les testicules. Une fois, ayant réussi sur un chien, il avait constaté que cet animal, vieux et affaibli, avait repris une nouvelle vigueur génitale.

Il a repris les mêmes recherches en procédant d'une autre manière ; il a injecté dans le tissu conjonctif à des animaux, soit du sang provenant de la veine testiculaire, soit un liquide obtenu par la trituration du testicule et même des vésicules séminales. Ces injections ne se compliquèrent d'aucun accident.

M. Brown-Séquard s'est alors injecté à lui-même des liquides préparés avec le mélange de la trituration des testicules de cobayes et de sang de la veine testiculaire. Pour tout accident local, il a éprouvé de la rougeur avec douleur, mais sans aucune complication sérieuse. Les résultats physiologiques ont été très remarquables. L'activité nerveuse a été augmentée dans tous ses modes. La puissance musculaire est devenue beaucoup plus considérable que par le passé ; les contractions intestinales et vésicales ont repris une vigueur qu'elles n'avaient plus depuis longtemps ; la faculté de travail intellectuel a été considérablement accrue.

M. Brown Séquard insiste sur ce fait que l'activité nerveuse a été considérablement augmentée dans tous ces modes et qu'il a retrouvé à la suite de ces injections comme un regain de jeunesse.

M. Brown Séquard ne croit pas avoir été dupe d'une illusion, d'une auto-suggestion. Le fait qu'aucune autre substance, injectée sous la peau, ne produit des effets analogues, semble prouver que le suc testiculaire contient un corps doué de propriétés spéciales, dont l'action sur le système nerveux est certaine.

Mais le liquide employé est complexe, il contient les sécrétions testiculaires et de plus le sang qui revient par les veines et qui peut renfermer des matériaux élaborés par la glande avec une destination spéciale. De nouvelles recherches, plus rigoureuses dans leurs détails, sont donc nécessaires...

Avec une discrétion et une honnêteté qui n'étonnent pas chez lui, le vénérable savant déclare que jamais il n'entreprendrait pareille recherche sur l'homme, mais qu'il est maître de sa personne ; s'il a essayé sur lui-même, c'est qu'il y a dans ces études des phénomènes psychiques que l'expérimentation sur les animaux ne peut suffisamment mettre en lumière.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air surchauffé.

M. *Halter* serait le premier inventeur d'un traitement de la phthisie que Weigert a mis en vogue et qui est basé sur ce fait que le bacille de la tuberculose supporte mal dans les cultures une température de 38°5 et meurt dans une étuve à 42°.

On peut faire respirer à un homme un air surchauffé et porté à 200°, ou même à 300°. Bien que l'air ainsi surchauffé se refroidisse en pénétrant dans la bouche et les voies respiratoires, on peut encore constater que l'air expiré a une température de 60°, plus que suffisante par conséquent pour tuer le bacille de Koch. L'air inhalé peut être sec ou humide. Les inhalations doivent se faire plusieurs fois par jour, trois fois par exemple, et pendant quelques minutes. A la suite, la température du malade s'est souvent élevée et peut atteindre 38°, en même temps le pouls devient plus rapide.

Weigert, Halter, Kohlschüter ont signalé les effets heureux de ce traitement. L'amplitude de la respiration s'accroît, les mouvements respiratoires sont moins fréquents, et surtout l'expectoration diminue. Au début les crachats contiendraient une plus forte proportion de bacilles, mais peu à peu ceux-ci diminuent de nombre et finissent par disparaître. Il paraît même qu'on a vu les signes physiques s'amender, la matité disparaître ainsi que les signes d'auscultation. Enfin les malades reprennent l'appétit et engraissent. Quoique l'amélioration soit assez rapide, il serait important de prolonger le traitement pendant plusieurs mois pour être sûr de détruire même les spores du bacille.

Halter conseille ce traitement non seulement contre la tuberculose, mais encore contre toutes les affections parasitaires des voies aériennes, la diphtérie en particulier.

Nous avons connaissance d'un cas de laryngite ayant beaucoup des caractères d'une laryngite tuberculeuse où le malade, soumis à des séances prolongées de séjour dans une étuve sèche à haute température, a vu s'amender considérablement son état. Plusieurs années sont écoulées ; c'est un confrère dont il s'agit et il continue à exercer sa profession. Il y a tout lieu de le croire guéri.

Dilatation des rétrécissements de l'œsophage par la laminaire.

On n'avait pas jusqu'ici utilisé pour les rétrécissements de l'œsophage les tiges de laminaire qui ont rendu de si grands services pour dilater le col de l'utérus et les trajets fistuleux. M. *Senator* vient de signaler à la Société de médecine interne de Berlin, 3 juin, cette nouvelle application. Il se sert pour dilater les rétrécissements de l'œsophage, de sondes munies d'une tige de laminaire ; il les laisse en place quelque temps au niveau du rétrécissement, qu'elles dilatent en se gonflant. Ces tiges de laminaire sont vissées à une sonde œsophagienne ordinaire ; elles sont, en outre, traversées dans toute leur longueur par un fil de soie qui sort par la bouche. Il faut avoir soin, pour l'introduction de ne pas tremper la sonde dans un corps gras, mais simplement dans de l'eau. Au bout d'une demi-heure, le gonflement de la laminaire est assez prononcé et la sonde doit être retirée. On recommence le lendemain et on interrompt de temps en temps, un jour ou deux, pour ne pas irriter la muqueuse. M. Senator n'a appliqué jusqu'ici cet instrument que pour des rétrécissements cancéreux, mais il pense qu'il réussirait encore mieux dans des cas de rétrécissement cicatriciel (1).

Résultats du traitement du tabes et d'autres maladies nerveuses par la suspension.

L'enquête étant ouverte sur le traitement de certaines affections nerveuses par la suspension, il est bon de noter les résultats obtenus en Alle-

(1) *Semaine médicale.*

magne et que M. P. Gallois (1) nous fait connaître d'après Eulenburg et Mendel (*Neurologisches centralblatt*, 1889, n° 11).

Dans le courant de trois ou quatre mois, Eulenburg et Mendel ont traité par la suspension à la policlinique des maladies nerveuses de Berlin, un certain nombre de malades, 31 hommes et 9 femmes. Ils ont fait ainsi 975 suspensions, ce qui représente une moyenne d'environ 25 suspensions pour chaque malade. Le minimum a été de 2, le maximum de 60. Les suspensions se faisaient trois fois par semaine ; chez les malades qui s'y habituaient on faisait une suspension par jour. La durée de la suspension était d'une minute, on allait jusqu'à 3 ou même 4 chez ceux qui pouvaient le supporter, on s'arrêtait à 1/2 ou à 3/4 de minute chez ceux qui étaient plus susceptibles.

Les 40 malades se répartissaient ainsi. Tabes : 34 (29 hommes et 5 femmes,) sclérose en plaques : 1 (femme), myélite chronique 1 (homme), névrose traumatique 1 (homme), paralysie agitante : 3 (femmes). La suspension a donné peu de résultats en dehors du tabes.

Les tabétiques étaient d'anciens malades traités depuis longtemps à la policlinique par diverses méthodes, ce qui permet de comparer l'action de la suspension à celle des autres modes de traitement. Sur les 34 malades, quelques-uns n'ont pas été suivis assez longtemps, 5 parce qu'ils ont refusé de continuer à se laisser suspendre, 6 n'ayant pas été améliorés ont été remis au traitement par l'électricité, 2 ont quitté la policlinique améliorés. Il reste 21 cas qui ont été régulièrement observés. Sur ce nombre 4 ou cinq ont été très améliorés, 11 ou 12 améliorés en partie, 5 n'ont presque pas été modifiés. En tout cas l'amélioration n'a porté que sur les symptômes et non sur la maladie elle-même.

Les divers symptômes du tabes ont été améliorés dans les proportions suivantes :

Le sommeil et l'état général ont été améliorés 16 fois au moins sur 34 cas, le signe de Romberg et les troubles vésicaux chacun 14 fois ; par contre, dans un cas d'incontinence, il y a eu aggravation, les troubles douloureux, en particulier les douleurs fulgurantes, ont été améliorés 10 fois, la motilité (locomotion) 9 fois, les parasthésies 5 fois, les anesthésies 3 fois, l'impuisssance 3 fois (sur 29 tabétiques hommes). On n'a observé qu'une fois des crises gastriques qui ont été améliorées, de même des céphalalgies assez nombreuses ont été soulagées, une fois pourtant elles avaient débuté pendant le traitement ; enfin dans un cas l'amblyopie a été améliorée, quoiqu'elle fut due à une atrophie des nerfs optiques.

En résumé, la suspension constitue un mode de traitement de l'ataxie que l'on peut mettre, d'après les auteurs, sur le même rang que les autres (hydrothérapie, électricité, etc.), mais peut-être pas au-dessus d'eux. Comment la suspension agit-elle ? On peut admettre avec Motchoutkowsky, qu'elle détermine une élongation de la moelle, et peut-être aussi une distension des vaisseaux et une élévation de la pression artérielle. Peut-être faut-il, en outre, tenir compte d'un effet moral.

(1) *Bulletin médical*, 12 juin.

Questions d'hygiène publique : pollution des eaux potables ; prophylaxie des maladies contagieuses.

Nous avons vigoureusement appuyé, ainsi que l'ensemble de la presse médicale, les réclamations contre la négligence des pouvoirs publics en ce qui concerne le service de l'eau potable à Paris. Nous empruntons à la *Semaine médicale* qui mène une campagne dans le même sens les renseignements suivants bons à connaître, sur une des causes de la pollution de l'eau de la Seine.

« Plusieurs arrondissements de Paris viennent d'être mis au régime de l'eau de Seine par suite de l'insuffisance de l'eau de source, insuffisance qui a d'autant plus surpris la population que nous ne venons pas de traverser une période de sécheresse, bien au contraire.

Si donc on est forcé dès aujourd'hui d'alimenter en eau de Seine les habitants de quatre arrondissements, les 9e, 13e, 14e et 15e, que sera-ce en pleine canicule, au mois d'août, surtout si les pluies deviennent rares ?

Cette question de l'eau a donné lieu à un vif débat, le 5 juin dernier, au Conseil municipal devant lequel M. le directeur des eaux et de l'assainissement a fait une déclaration peu consolante en disant qu'à l'heure actuelle toutes les canalisations d'eau de source qui alimentent Paris fonctionnent et fournissent toute la quantité d'eau qu'elles peuvent fournir, mais que cette quantité maxima est inférieure à la consommation actuelle de plus de 10.000 mètres cubes par jour.

Comme la consommation ne pourra qu'augmenter pendant les grandes chaleurs, tous les arrondissements de Paris seront mis ainsi, par série, à tour de rôle, au régime de l'eau de Seine pour un certain nombre de jours. Certes, il convient de ne pas s'exagérer la nocuité de l'eau de Seine qui est, somme toute, une eau assez potable. Mais nous ne pouvons oublier, toutefois qu'on y a rencontré des germes de la fièvre typhoïde ; que la prise d'eau est située à 150 mètres en aval de l'usine de vidange de Créteil et que les ouvriers qui transportent les matières de Paris à l'usine dans des bateaux-citernes ont été plus d'une fois convaincus d'avoir jeté à l'eau une partie de leur chargement pour finir plus tôt leur journée.

D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que Paris renferme en ce moment de nombreux visiteurs de la province ou de l'étranger qui ne jouissent pas, vis-à-vis de la fièvre typhoïde, de la quasi-immunité des Parisiens acclimatés et, dans ces conditions, il est à craindre que, l'eau de Seine aidant, la colonne de la morbidité par dothiénentérie ne soit quelque peu chargée cet été.

Puisqu'il devient inévitable de boire de l'eau de Seine, nous demandons tout au moins que cette eau nous soit distribuée aussi peu polluée que possible, et nous espérons que l'administration exercera, la nuit surtout, une surveillance sérieuse et effective sur les bateaux-citernes de l'usine de vidange de Créteil et sur cette usine elle-même, qui doit jeter ses eaux résiduaires non dans la Seine, mais dans une vaste plaine d'épandage acquise à cet effet.

Dans le même ordre d'idées des intérêts de la santé publique, nous sommes heureux d'applaudir à l'initiative de notre éminent confrère, le Dr Gailleton, maire de Lyon.

« Le maire de la ville de Lyon vient de prendre, dans le but de prévenir l'extension des maladies

contagieuses, diphtérie, croup, variole, etc., des mesures qui ne tarderont pas, croyons-nous, à améliorer l'état hygiénique de cette ville. S'appuyant sur l'article 97 de la loi municipale du 5 avril 1884, ce magistrat a prescrit la déclaration de ces affections soit par les parents ou autres personnes ayant la garde des malades atteints, soit, à leur défaut, par les habitants de la maison ou les voisins.

Les familles, en cas de maladie, doivent prendre les mesures de désinfection prescrites ; d'ailleurs, l'administration municipale met à leur disposition les moyens de désinfection (étuves, liquides désinfectants, etc.) et se charge de les appliquer gratuitement toutes les fois que les intéressés n'en peuvent faire les frais. Les familles ont le droit de faire procéder à la désinfection par un personnel choisi par elles ; mais dans ce cas elles doivent en prévenir l'administration et présenter un certificat du médecin traitant constatant qu'il se charge de surveiller et de diriger l'exécution de ces opérations hygiéniques. Il est, d'autre part, expressément interdit de vendre des objets de literie, de livrer aux blanchisseurs le linge et les vêtements des malades atteints des affections indiquées plus haut, sans que ces objets aient été préalablement désinfectés.

L'arrêté du maire de Lyon prévient les personnes qui n'auront pas fait les déclarations ci-dessus prescrites qu'elles sont civilement responsables de leur négligence, sans préjudice des procès-verbaux de contravention qui pourront être dressés contre elles. »

REVUE DE CHIRURGIE

I. De la trépanation dans les fractures du crâne. — II. De la réunion des plaies sans drainage. — III. Traitement de l'hématurie. — IV. Du torticolis. — V. De la résection du genou.

I. DE LA TRÉPANATION DANS LES FRACTURES DU CRANE.

M. Reclus (1) examine quelle est la conduite à tenir dans les fractures du crâne et surtout cherche à déterminer les cas dans lesquels il faut s'abstenir ou user du trépan.

Tous les auteurs admettent aujourd'hui que l'abstention est de rigueur lorsque la fracture du crâne est *simple*, sans plaie extérieure, sans déplacement excessif des fragments osseux, sans hémorrhagies profondes et sans troubles fonctionnels du cerveau. Comme l'a dit Stromeyer, « pour proposer alors la trépanation, il faut avoir soi-même le crâne fêlé ». — Le traitement est alors des plus simples : le blessé, couché la tête élevée, est maintenu dans les conditions du repos cérébral le plus complet (ni heurt, ni mouvements, ni bruit, ni visites). — On donne quelques boissons chaudes, quelques gorgées de thé au rhum jusqu'à disparition des phénomènes syncopaux ; on fait des lotions vinaigrées sur les tempes, et même quelques injections d'éther ; puis, lorsque la face se colore, que le pouls se relève et que la réaction menace de devenir trop intense, on applique de la glace sur la tête, des sangsues derrière les oreilles, des sinapismes sur les jambes et on administre quelques purgatifs. — Lorsqu'il se fait par le conduit auditif un écoulement séreux ou sanguin, les lotions au sublimé, les insufflations d'iodoforme et d'acide borique s'opposent à la stagnation des liquides, à leur infection par les germes qui pourraient gagner la cavité crânienne et provoquer la méningite.

(1) *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 19 avril 1889.

Lorsque la fracture s'accompagne d'un enfoncement osseux même assez net pour être reconnu sous les téguments non déchirés, l'abstention est encore recommandée par les chirurgiens les plus sages ; il en est de même lorque dans un cas de fracture fermée, avec ou sans enfoncement, éclatent des accidents cérébraux ; mais il faut qu'il s'agisse de symptômes diffus, le coma, l'insensibilité générale, la stupeur ou bien le délire, l'agitation, les douleurs vagues. Il est un dernier cas où l'on s'abstient encore, bien qu'ici la fracture soit ouverte, c'est lorsque le fracas osseux est dû à un projectile, balle de revolver ou de fusil de guerre, éclat d'obus dont les fragments ont labouré la substance cérébrale. Les lésions sont trop profondes et leur siège trop ignoré pour que le trépan permette de les atteindre.

Lorsque la fracture est ouverte, l'intervention du chirurgien est souvent nécessaire : sous les téguments déchirés, sous les esquilles privées de leur périoste au milieu des caillots sanguins, peuvent pénétrer les germes extérieurs. Les plaies qui atteignent le cuir chevelu sont très sujettes à être contaminées. Aussi faut-il les nettoyer, régulariser leur surface, déterger les anfractuosités, enlever les caillots, les esquilles dépériostées, désinfecter les moindres recoins et mettre le foyer traumatique dans les meilleures conditions d'asepsie, pour s'opposer aux inflammations propagées, à la méningo-encéphalite. — Les enfoncements qu'on eût négligés s'ils eussent été recouverts d'un tégument intact seront redressés avec la pince, la spatule, l'élévatoire ou repoussés et réduits suivant la circonstance ; on n'hésitera même pas à recourir au trépan pour les fragments qui refoulent la dure-mère et la substance cérébrale. — S'il y a une hémorrhagie, provenant souvent de la méningée moyenne, il faut écarter les tissus, enlever les caillots, chercher d'où vient le sang, au besoin agrandir la plaie avec la gouge et le trépan et lier l'artère ; ce qui est souvent fort difficile. Aussi les pinces à demeure, les cautérisations au fer rouge, les tampons antiseptiques au fond de la plaie sont-ils parfois nécessaires ; dans des cas rares, on a dû recourir, pour arrêter l'hémorrhagie, à la ligature de la carotide externe ou de la carotide primitive.

L'intervention peut être commandée encore par certains troubles fonctionnels localisés, immédiats ou tardifs, tels que paralysie croissante, convulsions répétées, signes de poussées hypérémiques, d'abcès du cerveau, épilepsie traumatique : le trépan appliqué au niveau de l'ancien foyer, a souvent alors donné de merveilleux résultats.

II. DE LA RÉUNION DES PLAIES SANS DRAINAGE.

Le *pansement* post-opératoire prend chaque jour une importance de plus en plus grande dans la pratique chirurgicale : rien ne sert d'opérer habilement si l'on ne s'applique pas à mettre la plaie opératoire dans les meilleures conditions possibles pour guérir rapidement et sans complications. C'est dans ce but que presque tous les chirurgiens antiseptiques suturent leurs plaies et

font usage de drains. L'emploi de ces drains a divers inconvénients : il nécessite des pansements plus fréquents et crée aussi bien une porte ouverte à l'infection qu'un tuyau de décharge. Aussi, depuis quelques années, un certain nombre de chirurgiens ont tenté de supprimer le drain dans nombre d'opérations et ne s'en servent que dans des cas spéciaux (plaie infectée, suintement sanguin abondant, etc.).

M. Chaput (1) étudie en détail cette intéressante question de pratique et pense que la méthode de la réunion sans drainage trouve surtout son indication dans les ablations de tumeurs : tumeurs du sein, du testicule, tumeurs sous-cutanées ; dans les cures radicales de hernie ; enfin dans les amputations et les résections. Voici les conclusions qu'il formule à ce sujet :

1° Le drainage a des avantages très importants lorsque les plaies opératoires ont été infectées ; il limite la suppuration et la rend moins dangereuse.

2° Le drainage est inutile dans les plaies qui n'ont pas été infectées au moment de l'opération.

3° Le drainage est dangereux pour les plaies non infectées au moment de l'acte opératoire, car il nécessite des pansements plus fréquents et sert de porte d'entrée pour les germes introduits par un pansement qui glisse ou se dérange ou qui est fait dans de mauvaises conditions.

4° La réunion sans drainage est possible et avantageuse ; elle supprime pour ainsi dire la plaie ; elle rend les pansements rares et ajoute à la sécurité des opérateurs.

5° On ne devra la faire que si l'on est tout à fait rompu aux pratiques antiseptiques.

La réunion sans drainage comporte l'emploi de sutures profondes au gros fil d'argent, que l'on passe comme dans les périnéorraphies, à l'aide de la grande aiguille courbe qui sert habituellement à cette opération. On y ajoute des sutures superficielles très nombreuses au crin de Florence ou au fil d'argent, sutures espacées chacune d'un demi-centimètre. Un pansement iodoformé est appliqué comme à l'ordinaire : autant que possible, on le laisse en place pendant huit jours. Au bout de ce temps, on enlève les fils et on procède au second pansement qui reste également à demeure pendant une semaine. A partir de ce moment la plaie est guérie : il ne faut plus que quelques précautions pour qu'elle ne soit pas tiraillée ou irritée.

III. Traitement de l'hématurie (2)

L'hématurie est un symptôme qui se produit dans des conditions extrêmement variables : aussi le traitement doit-il en être modifié suivant les conditions mêmes dans lesquelles on l'observe, et il ne faut pas le résumer tout entier dans l'emploi de quelques substances hémostatiques.

M. Guyon estime que parmi les médications internes, il n'en est peut-être pas une seule qui ait sur la vessie une action hémostatique certaine : l'ergot, par exemple, n'a jamais donné entre ses mains de résultats bien évidents.

A côté du traitement pharmaceutique qui varie suivant les cas (tannin, quinquina en poudre, boissons acides, limonade sulfurique, térébenthine) il faut placer le traitement dynamique : tous les hématuriques en effet sont des congestifs ; et dans les cas de tumeur par exemple, c'est sous l'influence de la congestion que se font les crises. C'est ainsi que parfois on voit une hématurie rebelle aux médicaments céder à l'emploi des révulsifs (ventouses sèches sur les lombes, sinapisation énergique). Il faut veiller aussi à l'état de la peau et de l'intestin, employer les frictions sèches et l'hydrothérapie, si elle peut être supportée dans l'intervalle des crises.

L'hygiène alimentaire présente une certaine importance ; enfin il faut éviter de faire rester ces malades au lit d'une façon absolue ; car le décubitus prolongé favorise les congestions rénales et vésicales.

On peut parfois agir d'une façon directe sur la vessie par des injections astringentes ; mais ce procédé n'est applicable que lorsque l'hématurie est faible et persistante.

Les injections trop froides ou trop chaudes augmentent beaucoup la contractilité de la vessie : elles doivent donc être faites à une température modérée.

Parmi les accidents que l'on peut avoir à combattre par suite de l'hématurie, il faut citer : la rétention d'urine, la rétention des caillots et les contractions douloureuses. Si l'on ne peut évacuer facilement le contenu de la vessie, on emploie une sonde dont les yeux soient larges et au besoin on fait l'aspiration des caillots au moyen d'une seringue. Quant au traitement des contractions expultrices douloureuses ou non douloureuses, il consiste tout d'abord à vider la vessie et à employer aussitôt le laudanum en lavements (vingt à vingt-cinq gouttes par exemple) ou des injections de morphine. On peut ainsi guérir une hématurie, en supprimant les contractions qui peuvent en être la cause principale.

IV. Du torticolis (1).

M. Kirmisson, chargé de la suppléance du Dr Richet à l'Hôtel-Dieu, étudie d'une manière très intéressante le *torticolis*, « maladie qui pour être semblable dans plusieurs de ses manifestations symptomatiques, n'en offre pas moins suivant les cas, de grandes différences dans ses causes et ses lésions anatomiques. »

Voici comment on peut distinguer l'une de l'autre les deux grandes variétés de torticolis : *osseuse et musculaire*. L'attitude vicieuse peut être la même dans les deux cas ; mais quand la colonne vertébrale est atteinte, il y a le plus souvent de la tuméfaction à la nuque ou bien une localisation douloureuse au niveau des premières vertèbres cervicales. De plus, signe très important, dans le torticolis musculaire, les mouvements de flexion et d'extension et surtout les mouvements de rotation de la tête sont conservés ; ce qui n'existe pas dans le torticolis osseux. L'attitude peut enfin ne pas être la même dans les deux cas : c'est dans la lésion osseuse qu'elle est le plus variable, la tête pouvant être inclinée sans rotation, ou avec rotation dans le même sens que l'inclinaison ; tandis que, dans le torticolis du sterno-mastoïdien, l'inclinaison latérale et la rotation sont toujours en sens inverse.

Le torticolis osseux est presque toujours de nature tuberculeuse ou rhumatismale : le pronostic varie beaucoup suivant l'origine de l'affection.

(1) *Semaine médicale*, 22 mai 1889.

(2) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, mars 1889.

(1) *Bulletin médical*, 20 mars 1889.

C'est surtout dans le torticolis osseux d'origine tuberculeuse que l'on doit redouter certaines complications, telles que les luxations spontanées, les paralysies causées par la pachyméningite, la suppuration des lésions, les hémorrhagies causées par ulcération de l'artère vertébrale. Toutefois la guérison par ankylose est possible : c'est elle qu'on doit s'efforcer de produire par l'immobilisation. Avant d'immobiliser la tête, il faut la remettre dans sa situation normale. Les tentatives de réduction doivent être faites avec les plus grandes précautions, surtout quand il existe déjà une subluxation des vertèbres. Dans ce dernier cas, la réduction lente et progressive, au moyen des appareils, doit être seule employée. La contention est maintenue, à l'aide d'un appareil platré immobilisant le cou et prenant point d'appui, d'une part sur la région occipito-frontale, d'autre part sur les épaules et le thorax.

L'étiologie du *torticolis musculaire* est particulièrement intéressante : elle se montre au moment de la naissance ou bien apparaît plus tard, d'où la distinction en torticolis congénital et torticolis acquis. Il est toujours très difficile de savoir si la lésion s'est manifestée pendant la vie intra-utérine, comme cela se voit pour le pied-bot, ou si l'application du forceps, un accouchement par le siège n'ont pas déterminé une lésion musculaire du sterno-mastoïdien. — Le torticolis acquis peut encore être la conséquence de convulsions, de troubles oculaires déterminant une attitude vicieuse. Il peut succéder à des inflammations de voisinage, à des refroidissements, torticolis rhumatismal, qui, de passager, peut devenir chronique.

Dans le traitement du torticolis musculaire, on tend à abandonner la section sous-cutanée et à revenir à la section à ciel ouvert : en sectionnant couche par couche les tissus des parties superficielles vers les parties profondes, on a l'avantage de voir ce que l'on fait et de pouvoir couper toutes les brides qui mettraient obstacle au redressement.

Lorsque la section tendineuse est faite, on applique immédiatement après l'opération un appareil destiné à maintenir la réduction. Les appareils usuels connus sous le nom de colliers, de minerves sont fort compliqués et coûtent cher. M. Kirmisson les laisse de côté, et se sert d'un bandage plus simple dérivé de celui employé par Sayre. On prend point d'appui sur la tête d'une part, sur le thorax d'autre part, à l'aide de deux bandes de diachylon enroulées autour de la poitrine et de l'extrémité céphalique ; puis on rapproche l'une de l'autre ces deux bandes à l'aide d'un tube de caoutchouc qui maintient la tête inclinée sur l'épaule gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la difformité.

V. De la résection du genou.

M. Ollier (de Lyon) vient de faire, à l'Académie de médecine (1), un éloquent plaidoyer en faveur de la résection du genou qui est encore actuellement repoussée par la majorité des chirurgiens français : les reproches qu'on lui faisait (grande mortalité, résultats imparfaits, défaut de réunion osseuse, etc.,) ne sont plus justifiés depuis que, grâce à l'antisepsie, on a perfectionné le manuel opératoire et les méthodes de pansements. La mortalité est en effet tombée de 75 à 5 ou 6 % : M. Ollier pense que cet abaissement de la mortalité est dû en grande partie à ce qu'il a substitué les pansements rares aux pansements fréquents qu'on employait autrefois. Depuis 1884, M. Ollier ne fait qu'un pansement unique à l'iodoforme et il obtient ainsi la consolidation. Il ne pense pas qu'il faille supprimer le drainage et se déclare partisan de la suture qui favorise certainement l'ankylose osseuse.

(1) Séance du 21 mai 1889.

En résumé, d'après M. Ollier, la résection du genou est une opération qu'on ne pratique pas assez : elle est indiquée non seulement au point de vue vital, mais au point de vue orthopédique, dans tous les cas d'ostéo-arthrites suppurées.

Ce n'est pas seulement avec l'amputation de la cuisse que la résection du genou doit être mise en parallèle, c'est surtout avec l'expectation indéfiniment prolongée. Il n'est pas rationnel, en effet, d'exposer pendant plusieurs années à toutes les chances d'aggravation locale et d'infection tuberculeuse, un malade qu'on peut guérir en trois mois par la résection.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Réquisition et honoraires médico-légaux.

Monsieur le Directeur,

En réponse à une question que vous avez déjà traitée, je vous informe que j'ai payé 9 fr. pour *enregistrement de mon diplôme.*

A propos de frais de justice on m'a mis à contribution comme un simple témoin pour me payer de même, bien entendu, alors qu'il me semble que j'aurais dû être cité comme expert.

Voici ce dont il s'agit : Un mendiant a la jambe cassée dans une rixe, le procureur me fait demander, par un maréchal des logis de la gendarmerie, un certificat constatant l'état de l'individu et la cause de la blessure.

On me cite comme témoin devant le juge de paix du canton et on me donne un franc pour avoir certifié et expliqué mon certificat.

J'envoie ma note par voie hiérarchique, n'ayant pas d'imprimé je fais un fac-simile ; on me répond que le mémoire est incomplet et qu'il faut y ajouter les réquisitions.

Il me semble que puisque mon certificat a été demandé indirectement, il est vrai, par la justice, mais a servi de preuve en justice, il doit être implicitement regardé comme ayant été réclamé par les magistrats.

Dans un cas pareil, je ne délivrerai rien à moins d'une réquisition régulière.

Tous mes compliments pour avoir enfin soulevé la question de savoir si *l'Association générale, société de secours mutuels, mérite son titre !* Je crois que poser la question, c'est la résoudre ; espérons-le du moins.

A propos des certificats et de leur timbre je délivre depuis trois ans des certificats sur papier libre pour affaires militaires (révision, etc.) ; la gendarmerie m'ayant certifié plusieurs fois qu'il n'y avait pas besoin de papier timbré, je n'ai jamais eu de désagrément pour cela.

Pour les questions dont je vous ai parlé autrefois, c'est-à-dire le 15 février dernier, tout est dans le statu quo, j'ai sermonné plusieurs fois la sœur, mais c'est inutile, elle est soutenue par la municipalité *qui se départit de la surveillance en lui*

laissant la haute main sur la direction de l'hospice ; le maire étant au mieux avec la préfecture, il n'y a rien à faire de ce côté à moins d'un scandale que je ne désire point.

Dr S. 3371.

Honoraires des soins donnés aux domestiques.

Nord, 31 mai 1887.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous présenter sur leur demande, et je vous prie de vouloir bien accepter comme adhérents au Concours médical : MM. *Dubus*, docteur à la Bassée (Nord), *Gosselin*, docteur à Rus (Pas-de-Calais), *Bailliez*, médecin à Harnes (Pas-de-Calais), et *Malbrancq*, médecin à Wingles (Pas-de-Calais).

Tous ces Messieurs ont hâte de faire partie de notre grande famille du Concours et de venir pour lutter avec nous et défendre les droits du médecin trop souvent méconnus. Peut-être en recrutant de la sorte de nouveaux membres dans notre région arriverons-nous enfin à constituer un syndicat que j'appelle de tous mes vœux et auquel je n'ai pas encore pu arriver. — L'utilité en est cependant bien évidente ; je n'en veux pour preuve, entre toutes, que le fait suivant que je vais vous rapporter et dont vous pourrez faire profiter vos lecteurs si vous le jugez bon, afin qu'ils évitent pareille méprise à l'avenir ; surtout si vous voulez bien donner le moyen d'y arriver.

« J'ai été appelé, l'an dernier, le soir, par une fermière des environs (à 3 kil.) pour visiter, d'urgence, un ouvrier, son domestique, qui venait d'être blessé chez elle, par un coup de pied de cheval, au front. Cette dame m'envoie son beau-fils (boucher à la Bassée) pour m'appeler, en son nom et pour son compte. Je vois le soir cet ouvrier que je trouve couché sur son lit dans l'écurie le front ouvert par une plaie qui s'étendait depuis la racine du nez jusqu'à la tempe gauche — le frontal était absolument broyé — l'individu avait perdu connaissance — le coup porté avait été tellement violent que la visière de la casquette avait été coupée comme à l'emporte-pièce. Comme le cas était d'une gravité extrême, je fais un pansement et remets au jour suivant une intervention plus complète.

Le lendemain je procède à l'examen : le frontal était, comme je l'ai dit, réduit en petites esquilles plus ou moins adhérentes. Les méninges étaient déchirées et pendaient en lambeaux ; des morceaux de la pulpe cérébrale se trouvaient dans la plaie et des esquilles étaient enfoncées dans le cerveau. Le blessé toujours sans connaissance, je procède à l'opération, car sans intervention c'était la mort évidente, j'enlève 32 esquilles avec des peines inouïes — hémorrhagie, suture, pansement antiseptique, drainage — suites bonnes immédiatement, mais méningo-encéphalite au dixième jour ; délire, hémiplégie, lavages intra-crâniens quotidiens, amélioration rapide. Au bout d'un mois le blessé est transporté chez lui où je continue de lui donner mes soins et de l'électriser pendant plus d'un an. Guérison à peu près complète, sauf un peu de paralysie du bras, dans l'élévation et l'abduction, la lésion de continuité du tissu osseux a été comblée par du tissu fibreux, cicatrice solide dans laquelle il faut un examen attentif pour apercevoir les battements du cerveau. L'ouvrier peut travailler aux champs, mais je lui interdis tout travail pénible.

Voilà les faits tels qu'ils se sont passés. — Arrive la question des honoraires. Je présente une note de 1200 fr. au patron qui la refuse en disant qu'il ne me doit rien, — il refuse également toute indemnité à l'ouvrier. Procès : Voici la décision du *tribunal de Béthune* : 1° L'ouvrier est débouté de toute demande parce que, s'il a été blessé dans son travail et bien qu'il fût domestique habitant la maison, *il n'a pas fait la preuve que le cheval était vicieux, mais seulement dangereux à l'écurie.* Donc aucune indemnité à ce pauvre diable, honnête homme, bon ouvrier et père de famille réduit de ce fait à une misère noire — 2° En ce qui me concerne : le tribunal décide : (je copie ce que m'écrit mon avocat). « Le tribunal a jugé que « dans les conditions dans lesquelles Barrin était « employé chez la veuve Vilbien où il avait son « lit à l'écurie, le fait par la veuve Vilbien d'a- « voir appelé Legrand comprenait l'engagement « contracté de payer les frais de médecin, mais que « cette obligation ne saurait dépasser le jour où « Barrin l'ouvrier est sorti de chez sa patronne ; il « a en conséquence condamné la veuve Vilbien « à 200 fr. et à tous les dépens. Le rapport du « docteur Haynant, expert dans l'affaire Barrin, « si flatteur pour la cure opérée par le Dr Legrand « permettait d'espérer que le tribunal ferait une « part plus large pour la remunération et les soins « donnés chez la veuve Vilbien, etc. »

Ce fait se passe de commentaires : 200 fr. pour une opération et un mois de soins avec pansements sans tenir compte du nombre des visites, de la gravité et de la distance.

Tel est, monsieur le Directeur, le jugement de ce tribunal et ce n'est pas tout ! Mon avocat m'écrit que je ne puis interjeter appel (n'est-ce pas tout à la fois odieux et ridicule ?) et ce parce que la somme ne s'élève qu'à 1200 fr. Supposons que l'avocat me demande 200 fr. d'honoraires, l'ouvrier est insolvable, j'aurai donc travaillé plus d'un an pour rien. Quand aurons-nous des syndicats qui sauront employer nos forces pour nous défendre ? Nous sommes à la merci d'un juge de paix au-dessous de 100 fr. et des autres juges pour les sommes plus élevées, puisque nos honoraires s'élèvent rarement à plus de 1200 fr., on ne nous paiera donc que si ces messieurs le veulent bien, et on vient de voir qu'ils ne veulent pas toujours. Comment éviter que pareille chose se renouvelle, nous ne pouvons cependant pas exiger d'un patron affolé qui nous appelle l'engagement écrit de nous payer ce que nous lui demanderons !

Je crois que vous tirerez de ces faits une conclusion et un conseil qui pourront donner à vos lecteurs et à moi le moyen de ne plus être ainsi exploités, pour ne pas dire plus, à l'avenir : notre cher journal le *Concours* aura acquis par là, et vous aussi, Monsieur le Directeur, — ajouté à ceux que vous avez déjà si nombreux, un titre de plus à notre reconnaissance.

Dr LEGRAND.

P. S. Je tiens à la disposition du journal, si vous en avez besoin, les collections des années parues jusqu'à ce jour du *Concours* et suis prêt sur votre demande à vous les adresser franco en attendant que je fasse plus et mieux pour notre journal et notre société, espoir et sauvegarde des médecins.

Réponse :

Nous vous remercions des adhésions de vos confrères. En ce qui concerne vos honoraires ne vous plaignez pas trop ; nous connaissons des arrêts qui décident que le maître n'est pas responsable. — Il faudrait réclamer un engagement de celui-ci, par écrit; il n'y a pas d'autre solution. En outre si la maladie se prolonge, il serait convenable, chaque mois, d'adresser le mémoire des honoraires acquis. S'ils provoquaient des observations, le médecin saurait à quoi s'en tenir et donnerait ses soins gratuits si aucun hôpital ne pouvait recevoir le malade.

VARIÉTÉS

Les anciennes hécatombes de femmes en couches et de nourrissons.

Toutes les maladies se trouvaient réunies et mêmes confondues à l'Hôtel-Dieu de Paris. Cent et six lits étaient réservés pour les accouchées. Ils étaient d'une telle dimension, que certains d'entre eux contenaient souvent jusque quatre femmes en couches. Il fallut de nombreuses années pour améliorer cette situation, mais, jusqu'à ces derniers temps, la mortalité a toujours été excessive.

Du 1er janvier 1804 au 31 décembre 1818, il est entré 21,033 femmes à l'Hospice des accouchements. Sur ce nombre, 859 sont mortes, soit un peu plus de 4 p. c.

De 1860 à 1864, dans le service de M. Hervieux, à la Maternité de Paris, la mortalité moyenne fut de 12,83 femmes pour cent entrées ; pendant l'année 1864, la léthalité atteignit 19 p. c. (*Bullet. acad. médec.*, 11 mars 1879).

Pour se rendre compte de la valeur de ces chiffres, il est bon de rappeler que, à cette époque, il ne mourait, en ville, qu'une femme sur 212 accouchées. Si l'on veut un autre terme de comparaison, nous dirons que, en 1870-1871, la perte totale des troupes allemandes, en tués, blessés, disparus, morts de maladie fut de 141,024 hommes, sur un effectif de 863,595 de troupes mobilisées, soit une mortalité de 16 p. c. Les dangers du champ de bataille peuvent donc être de 3 p. c. moindres que ceux de l'accouchement dans une maternité ravagée par la septicémie !

Mais, quel était le sort des enfants délaissés par les femmes mortes à la maternité ?

Les uns étaient dirigés sur des établissements où la lutte pour l'existence est des plus périlleuses; les autres allaient à l'Hospice des enfants abandonnés, c'est-à-dire à la mort. Citons quelques années particulièrement désastreuses. L'an II de la République, sur 2637 enfants reçus, 2425 sont morts ; en l'an III, on compte 3935 admissions et 3150 décès, pour les dix premiers jours de la vie.

Depuis lors, la mortalité est descendue à 1 : 3,6, ce qui est encore un chiffre beaucoup trop élevé (1).

Mais ce sont les établissements consacrés à la vieillesse qui offrent les résultats les plus intéressants. Pour Bicêtre et la Salpêtrière, la mortalité était en 1838, de 1 : 4,43, le prix de la journée d'entretien variant de 80 à 92 centimes. Dans les cinq autres maisons de retraite, la mortalité *descendait* à 1 : 7,99, le prix de la journée *montant* de 1 franc à 1,78 cent. (*Rapport de la Commission médicale*, par Prus, p. 13).

Il faut bien convenir qu'il y a peu de préjugés aussi solidement établis, que celui des classes nécessiteuses contre les hôpitaux. Les brillants résultats que revendiquent les progrès de l'hygiène devront se reproduire pendant de nombreuses années encore, avant de parvenir à dissiper toutes les préventions. S. H.

(*Journal d'accouchements.*)

(1) Sur un nombre de 899,333 enfants nés en France, en 1887, il en est mort 185,000 dans la première année, auxquels il faut ajouter 45,000 mort-nés, ce qui fait un déchet total de 230,000 victimes. S. H.

Le sexe des enfants.

M. Dupuy s'est livré à des recherches fort intéressantes, ayant pour but de prédire le sexe des enfants avant la naissance. Une statistique portant sur plus de 200 familles lui permet d'établir que, le sexe d'un premier étant connu, on peut savoir, à l'avenir, quel sera le sexe des enfants qui naîtront, et en quelque sorte le choisir.

M. Dupuy a remarqué que les sexes alternent avec les menstrues. Ainsi, supposons un enfant mâle conçu dans une période menstruelle que nous désignerons par 1, tous les enfants conçus pendant les périodes menstruelles impaires seront mâles, tandis que les enfants conçus dans une période menstruelle paire seront des filles. Dès lors, il est facile, d'après cette donnée, de procréer, selon ses désirs, des enfants de l'un ou l'autre sexe.

M. Dupuy ajoute que cette règle n'est vraie que pour les produits d'un même couple. Si l'un des deux parents change, il faut partir du premier produit commun.

Bien que l'auteur ne s'explique pas la cause d'une pareille régularité, le fait n'en est pas moins exact ; c'est là une constatation empirique.

(*Soc. de Biologie.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

7e ANNÉE. — 27e SÉANCE.

Séance du 12 mars 1889, à Vailly (Aisne).

Présents ou représentés : MM. Ancelet, Dulieu, Bracou, Lécuyer, Delaporte, Combes, Deligny, Henrionnet, Gaillart, de Châteaubourg, Voimant, Faille et Chesnel, conseil judiciaire.

§

Caisse d'assurances. Le Secrétaire expose que notre confrère *Faille* a été malade depuis le 11 octobre jusqu'au 18 novembre ; en défalquant les 15 premiers jours d'après le règlement, on a 24 jours à 10 fr., soit 240 fr.

Le Syndicat ordonne que cette somme lui soit payée.

Notre président a aussi été malade depuis le 1er jusqu'au 18 janvier, en défalquant également 15 jours, il doit lui être alloué 30 fr., adopté.

Notre confrère Dupré a donné sa démission de membre de ladite caisse, mais il est remplacé par le Dr Combes (de Braisne). Nous sommes donc toujours 13 associés.

Quand le trimestre échu le 1er avril prochain sera rentré; quand on aura payé les 270 fr. votés, il restera encore en caisse 882 fr. dont 800 fr, placés et qui rapportent intérêt.

Nos finances sont donc en bon état.

§

Adhésion d'un nouveau membre et présentation d'un nouveau candidat. Le président expose que le Dr Combes, de Braisne, habite depuis plus de 6 mois la contrée, il a donc fini son stage, et en conséquence il propose son adoption définitive.

(Adhésion unanime).

Il expose également que notre confrère Godart (de Fismes) toujours souffrant, quoique allant mieux, vient de céder au Dr Thibal qui fait sa demande d'admission et qui est présenté par son ami le Dr Combes.

Le syndicat avant de le recevoir définitivement attendra les 6 mois de résidence réglementaires, *mais jusqu'à ce moment il sera convoqué aux* séances.

§

Association générale. M. Lécuyer, secrétaire, expose que la société locale a désigné son président Dr Hugo et lui comme délégués à la réunion générale du mois de mai. Il annonce également que le syndicat de la Vienne, réuni à Poitiers, son pays natal, auquel il avait fait hommage de sa brochure sur l'*Assistance médicale dans toutes les campagnes*, l'a nommé membre honoraire, prouvant ainsi la solidarité de tous les membres de l'Union des Syndicats.

Il expose que notre collègue de Châteaubourg a demandé 500 fr. pour embaumer un riche client et que ses héritiers refusent de payer; il demande en conséquence l'avis du syndicat.

Le syndicat est unanime à trouver la somme non exagérée pour une opération toute de luxe.

§

Exercice de la médecine en France par les médecins étrangers.

M. Lécuyer fait la communication suivante : « Mes chers confrères, j'ai reçu comme ami, et non comme médecin, un numéro d'un journal gratuit, paraissant tous les 15 jours (5e année). Il est intitulé :

Le médecin des familles,

En tête nous lisons :

Nouvelle importante pour les malades.

Nous croyons devoir annoncer dans l'intérêt des familles, l'arrivée à Saint-Quentin (Aisne), le 10 octobre prochain, à l'hôtel du Commerce et de l'Agriculture, 27, rue du Palais de Justice, de l'éminent docteur comte de Bruc, duc de Lusignan, officier de l'Ordre royal de SS. Maurice et Lazare. — Chevalier de l'Ordre royal de la couronne d'Italie. — Grand'Croix de l'Ordre équestre de San-Morino. — Grand officier de l'Ordre du Lion et du Soleil. — Grand'Croix de l'Ordre américain de San-Juan. — Commandeur de l'Ordre du Niskian-Iftikar, etc, etc.

autorisé à exercer l'art médical en France par décret du 1er juin 1869.

Enregistré à la préfecture de la Seine, le 7 ma 1875, *sous le n° 512.*

— Vient ensuite en neuf pages !! la plus comi énumération de titres ; la plus audacieuse, la pl ridicule annonce de guérison, de cancers sa opération et de cures ejusdem farinæ, avec att tations de prêtres, de maires, de prétendus méd cins, les attestations ne se contentent pas de l prose ; elles abordent la haute poésie.

Le *Bulletin* ne peut, à notre plus grand regr insérer cette stupide prose, bonne pour le stupi public auquel elle s'adresse.

Le *Concours* en a d'ailleurs déjà donné des ex traits.

Le secrétaire du syndicat, M. Lécuyer conti en ces termes.

« Ceci me rappelle la physiologie du médec par *Huart* dans la Bibliothèque pour rire.

L'ouvrage est vieux et la réclame à cette épo était dans l'enfance de l'art. Je vais néanmoi vous citer un passage qui est toujours vrai, ca est bien observé.

Le voici :

Toutes les fois qu'un médecin guérit un ma de, il ne lui cache pas, (après coup) que la ma die était fort grave, et que la plupart des aut docteurs auraient perdu leur latin.

Par exemple quand le malade meurt, il va sa dire que la maladie était encore plus grave, - moins d'admettre que le docteur lui-même ét bien gravement ignorant ; mais cela n'est jama admis, du moins par le docteur.

Nous ne blâmons donc pas le charlatanisme de médecins tant qu'il reste dans de certaines lim tes ; « mais nous n'avons jamais pu compren « qu'un corps qui prétend se respecter lui-mê « et qui prétend être respecté des autres, perme « que certains de ses membres se livrent aux écar « aux grands écarts que nous avons déjà menti « nés. »

Le corps des avocats, des notaires, des avo et même des simples huissiers, de ces fonctio naires qu'Arnal s'est même permis une fois d qualifier de gueux, ne souffrirait jamais qu' avocat, un avoué ou un huissier fît placer à to les coins de rue des affiches dans lesquelles i annoncerait qu'il se charge de plaider, d'inven rier ou d'empoigner à six francs.

D'abord parce que c'est fort inconvenant, — e ensuite parce que ça gâte souvent les malades, - à perpétuité.

Les docteurs pourraient encore bien suffisam ment se rattraper sur le charlatanisme des mé moires à l'Académie de médecine et surtout d réclames de journaux.

Car, outre les vulgaires annonces placées à l quatrième page, entre le racahout des Arabes e les chiens à vendre, les médecins emploient un foule d'autres moyens pour glisser leur nom e leur adresse.

Ainsi tantôt c'est un monsieur qui allait e ville et qui se trouve culbuté par un omnibus, — heureusement un médecin distingué se trouva sur le lieu de l'évènement et s'est empressé d prodiguer ses soins au blessé ; — suit le nom e l'adresse du médecin.

Tantôt c'est un enfant qui est légérement mordu par un chien (qui est déclaré enragé, parce qu'il

s'est impatienté de ce que ce jeune Français lui tirait la queue depuis un quart d'heure) ; le docteur *** accourt et profite de la circonstance pour soigner... sa réputation. Le nom et l'adresse comme d'habitude.

Mais l'un des moyens les plus à la mode depuis quelque temps consiste dans la lettre de reconnaissance écrite au directeur d'un journal par le particulier qui doit la vie aux bons soins du docteur qui cherche à devenir célèbre. Voici comment se rédige presque invariablement cette épitre, insérée au nom de l'humanité et au prix de 1 fr. 50 la ligne.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi d'emprunter la voie de votre estimable journal pour que je puisse remercier publiquement un homme que je ne crains pas de qualifier de bienfaiteur de l'humanité. — Depuis trois ans, Monsieur, je ne mangeais plus, j'étais ... (etc., etc., suit le détail d'une foule de maladies qui peuvent être bien placées dans les colonnes des journaux, mais qui seraient déplacées dans ce volume), — enfin Monsieur, j'étais réellement dégoûtant et dégoûté de la vie, quand la Providence m'a fait connaître le docteur Falempin, qui, en moins de trois semaines, m'a totalement délivré de ces horribles maladies.

Avec lesquelles j'ai l'honneur d'être votre serviteur.

POTARD,
Rue de la Grande Truanderie.

Tout cela est-il assez vrai et à quarante ans de distance ne dirait-on pas que Huart avait deviné le comte de Bruc ?

Quoiqu'il en soit, mes chers collègues, je vous demande pardon de vous avoir retenu si longtemps en vous lisant ces quelques lignes qui seraient risibles si elles n'étaient pas si profondément tristes pour la profession médicale.

Mais une conclusion s'en déduit naturellement. Je demande au syndicat d'émettre le vœu que toutes les autorisations d'exercer en France données aux étrangers leur soient retirées quand ils se livreront à un charlatanisme éhonté et qu'en particulier l'autorisation soit retirée au Comte de Bruc. Maintenant que nous avons une direction de la santé publique, nous comptons sur elle pour réprimer tous ces écarts si préjudiciables à la santé. »

Le syndicat adopte et ordonne le renvoi du vœu au bureau de l'Union afin que les démarches nécessaires soient faites immédiatement.

La séance est levée à 4 heures.

La prochaine séance aura lieu en mai.

Le secrétaire perpétuel,
Dr H. LÉCUYER,
de Beaurieux (Aisne).

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES.

ÉLIXIR DENTAIRE (Monin).

Alcoolé de romarin	ãã 30 gramm.
Teinture de vanille	
Teinture d'eucalyptus	
Teinture de thym	20 —
Acide borique	10 —
Essence de girofle	4 —
Carmin	3 —
Acide chlorhydrique fumant	II gouttes.

M. S. A.

Une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau tiède pour l'antisepsie buccale et la prévention des caries dentaires.

VIN PHOSPHATÉ

Phosphate de soude	ãã 20 grammes
Phosphate de potasse	
Sirop de quinquina	200 grammes
Vin de Banyuls	Q. S. pour un litre

Un verre à liqueur ou à Bordeaux, suivant l'âge du sujet, à la fin des repas.

REPORTAGE MÉDICAL

Chambres funéraires. — Un décret vient d'autoriser l'établissement de chambres funéraires destinées à recevoir, avant la sépulture, les corps de personnes dont le décès n'a pas été causé par une maladie contagieuse. Ces chambres seront créées sur la demande du Conseil Municipal par arrêté du préfet qui ne pourra statuer qu'après enquête *commodo et incommodo* et avis du Conseil d'Hygiène. Les corps devront être transportés à la chambre funéraire dans des voitures spéciales ou des civières fermées ; ils devront avoir le visage découvert et les mains libres.

Concours du Bureau central de chirurgie. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Ricard et Poirier.

Accouchements de la clinique. — Depuis peu la Faculté de médecine est reliée télégraphiquement avec la clinique d'accouchement, et toutes les fois que dans cette dernière aura lieu un accouchement, il sera indiqué à la Faculté par l'apparition d'un petit drapeau, ce qui permettra aux étudiants d'aller y assister.

La couleur variera suivant qu'il s'agira d'un accouchement simple, — d'un accouchement compliqué, — ou d'une application de forceps.

Traitement de l'alcoolisme en Autriche. — En Autriche on propose l'organisation d'asiles analogues à ceux que l'on a installés en Suisse. Dans ce pays un alcoolique qui désire perdre cet habitude, demande à être admis dans ces asiles. Une fois qu'il a fait la demande, il a aliéné sa liberté, et ne peut sortir de l'asile à son gré. Il faut que les directeurs aient reconnu qu'il peut le faire sans danger.

Hygiène publique. — Inspection sanitaire des viandes abattues en dehors de France. — La Chambre des députés vient de déclarer obligatoire l'inspection sanitaire des viandes abattues d'origine étrangère. Ces viandes seront inspectées, non pas à Paris, mais à la frontière de France.

Nos félicitations à M. le Dr *Mora*, de *Brunehamel* (Aisne) qui a obtenu au concours international de Reims, la *médaille d'or* pour ses ouvrages d'hygiène et d'économie domestique.

Exercice illégal de la pharmacie. — Dans les environs de Marseille, à Sainte-Marguerite, les sœurs de Saint-Vincent de Paul tenaient une pharmacie ouverte au public, avec le concours

d'un prête-nom. Le tribunal a prononcé la fermeture de l'officine et a condamné ces inculpées à 500 fr. d'amende et 25 fr. de dommages-intérêts envers le syndicat des pharmaciens des Bouches-du-Rhône. — Un arrêt identique a été rendu par le tribunal de Florac contre des sœurs qui tenaient officine ouverte à Ispagnac dans la Lozère.

Le service des mœurs en Russie. — Le nouveau système proposé par le professeur Rospelow consiste à délivrer des cartes sanitaires aux prostituées, avec leur état de santé annoté. Cette carte n'est valable que pour trois jours et demi après l'inspection. Pour éviter à la prostituée l'obligation de dévoiler son nom il est mis sur la carte son portrait et son numéro.

Certificats de revaccination. — Une circulaire du Ministre de l'instruction publique fait connaître, après avis du Ministre des Finances, que les médecins sont autorisés à délivrer sur papier libre les certificats de revaccination des enfants des écoles, avec la mention suivante : « Délivré en exécution de l'art. 2 du règlement scolaire des écoles primaires ».

Création d'un asile pour les enfants incurables. — Dans sa séance du 31 mai, le conseil municipal de Paris a adopté les conclusions du rapport de M. *Navarre* sur la création d'un asile pour les enfants incurables. Cet asile sera installé dans les bâtiments de l'ancienne communauté de l'*hospice d'Ivry* ; il comprendra 56 lits pour les infirmes du sexe masculin âgés de quatre à vingt ans.

Danger de la suspension. — Le docteur Vincent, de New-York, a observé un cas de mort pendant la suspension, survenu dans les conditions suivantes : le malade avait l'habitude de se servir de son appareil hors de la présence du médecin ; la mentonnière ayant glissé sur la barbe, le malade se trouva exclusivement suspendu par la nuque et quand on le trouva il était mort.

Le docteur Forster interwievé a déclaré avoir observé un cas semblable.

Statistique de l'institut Pasteur avril 1889. — Pendant le mois d'avril dernier, 181 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre, 30 avaient été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement, 122, par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire, 29, par des animaux suspects de rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 169 fois ; chats, 10 fois ; vaches, 2 fois.

Une municipalité généreuse envers un chirurgien. — Un journal américain, rapporte que le docteur Bernays, de Saint-Louis, ayant pratiqué avec succès une laparotomie (il avait suturé l'estomac et le jejunum rupturés) chez un policeman qui avait reçu une balle dans le ventre, alors qu'il procédait à l'arrestation d'un malfaiteur, vient de recevoir de la municipalité de Saint-Louis, la somme de 500 dollars (2500 francs) comme rénumération de son opération.

L'école d'anthropologie reconnue d'utilité publique. — L'école d'*anthropologie de Paris* fondée par **Broca** vient d'être reconnue d'utilité publique par une loi successivement votée par les deux Chambres. Elle devra donc abandonner les bâtiments de la Faculté pour prendre un local qui lui appartiendra en propre.

Exposition de Melbourne. — Le *Journal officiel* publie la liste des exposants français récompensés à l'Exposition internationale de Melbourne (Australie) 1888-89. — Nous sommes heureux de voir figurer parmi les 336 diplômés de premier ordre aux groupes 2 et 9 deux membres du Concours : MM. les Dr *Delvaille* et *Breucq* (de Bayonne) pour leurs documents sur l'hygiène et l'inspection médicale dans les écoles de Bayonne.

Transport des malades dans les Hôpitaux. — La préfecture de police met gratuitement à la disposition du public des voitures pour le transport dans les hôpitaux, des malades atteints d'affections contagieuses ou épidémiques : *Variole, scarlatine, diphtérie, etc.* Le transport peut se faire à toute heure de jour et de nuit. Il suffit de remettre à un poste de police un certificat médical constatant la nature de la maladie et d'indiquer le nom et la demeure du malade. Après chaque transport, la voiture est désinfectée avec le plus grand soin. Cet avis a été affiché récemment dans les salles de malades des hôpitaux.

Mesures contre l'ivrognerie en Danemarck. — La police danoise vient d'imaginer un moyen original pour combattre l'ivrognerie : les agents doivent faire monter en voiture et reconduire soigneusement chez eux les gens qu'ils trouvent en état d'ivresse dans la rue et dans les lieux publics. Après quoi, le débitant qui a servi le dernier vin est invité, sous peine de contravention, à payer la note des frais de transport qu'a occasionné son client. (*Lyon médical*).

Exposition universelle. — Sont nommés membres du jury des récompenses de l'Exposition universelle :

Pour la classo 14 (médecine et chirurgie) : MM. les docteurs Badin (de Toulouse), Berger, Marjolin, tot, Trélat, Verneuil et M. Collin.

Pour la classe 64 (hygiène et assistance) : MM. les docteurs Brouardel, Lemardeley, A.-J. Martin, Napias, Proust, Th. Roussel et MM. Bechmann, Jéramec, H. Monod et Nicolas.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Pradier, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Boularan, de St-Valérien (Yonne), présenté par M. le Directeur.

M. le Dr Croin, de Menton (Alpes-Maritimes), présenté par M. le Dr Ciais, de Menton.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 25 | 22 Juin 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'endométrite.

M. *Dumontpallier* (1) considère le chlorure de zinc comme le meilleur modificateur de l'endométrite chronique ; restait à trouver un procédé d'application qui pût agir également sur tous les éléments de la muqueuse, assez puissamment pour détruire uniformément les fongosités vasculaires et assez profondément pour atteindre les culs de sacs glandulaires qui sont le refuge de l'inflammation muco-purulente, quelle qu'en soit la nature. M. Dumontpallier a adopté la pâte de Canquoin. Il introduit dans la cavité utérine et y laisse à demeure des crayons de pâte de Canquoin. Il importe d'avoir des crayons parfaitement homogènes dans toute leur masse, afin d'obtenir une eschare égale en épaisseur dans toutes ses parties. Si, après la cautérisation, la douleur est très vive, on pratique une injection hypodermique de morphine.

L'auteur a aujourd'hui plus de 120 observations d'endométrites chroniques, muco-purulentes, pyo-hémorrhagiques, hémorrhagiques, traitées exclusivement par les crayons de chlorure de zinc laissés à demeure dans la cavité utérine, et cela avec plein succès.

Voici comment il procède. D'abord la cavité vaginale est lavée largement avec une solution phéniquée au centième ou avec la liqueur de Van Swieten. La cavité utérine est mesurée avec une bougie en gomme élastique enduite de glycérine et d'iodoforme. Alors on introduit un crayon de chlorure de zinc approprié aux mesures de chaque cas particulier, et de manière que, son extrémité supérieure venant toucher le fond de la cavité utérine, son extrémité inférieure ne dépasse pas l'orifice externe du col.

Après avoir lavé de nouveau la cavité vaginale, pour enlever toute parcelle du caustique, on place un tampon d'ouate hydrophile dans le cul-de-sac postérieur et on soutient le crayon avec un tampon entouré de gaze iodoformée. Dès que le caustique commence à agir, la contraction utérine le fixe d'une manière définitive.

Dans l'endométrite hémorragique, quelles que fussent son ancienneté et sa gravité, l'hémorrhagie a été arrêtée aussitôt après l'introduction du caustique. Dans les formes muco-purulente et pyohémorrhagique l'écoulement a été immédiatement suspendu.

La douleur est variable ; tantôt elle se produit aussitôt après l'application du caustique, tantôt seulement deux heures plus tard. Son intensité varie ainsi que sa durée ; elle affecte en général la forme de coliques utérines avec irradiations lombaires. Toujours elle a disparu au bout de 24 heures. Dans quelques cas, et avec des eschares assez profondes la douleur *manque* complètement.

La présence du bâton de chlorure de zinc dans l'utérus ne provoque aucun accident général ; il y a cependant souvent de l'insomnie la première nuit. On observe, dans bon nombre de cas, de la rétention d'urine soit d'origine réflexe, soit due à la compression exercée par le tampon vaginal. Mais dans tous ces cas le cathétérisme ou l'enlèvement du tampon fait cesser ce léger incident.

Aussitôt l'eschare formée, c'est-à-dire 24 à 36 heures après la cautérisation, la malade, sans aucun phénomène général, commence à perdre de la sérosité, puis du muco-pus. Très rarement ce liquide est de coloration rosée ; jamais d'hémorrhagie. Les quelques coliques utérines qu'on observe, sont toujours fort légères.

L'eschare est rejetée au bout d'un temps qui varie de 4 à 13 jours, mais jamais, passé ce dernier délai, je n'en ai vu la moindre portion rester dans l'utérus. Cette eschare est rejetée, tantôt d'une seule masse, tantôt par portions. L'eschare, quand elle est rejetée à une époque rapprochée

(1) Académie de médecine, 11 juin.

de la cautérisation, reproduit très exactement la forme et les dimensions de la cavité utérine ; elle est souvent plus épaisse au niveau de l'orifice interne du col, plus mince vers le fond de la cavité.

On trouve dans l'eschare toutes les parties constituant la paroi de la cavité utérine ; on pourrait dire que toutes les parties malades ont été enlevées, que des éléments nouveaux vont reconstituer la paroi. La guérison est presque forcée en semblable circonstance.

Sur 100 cas, M. Dumontpallier a observé 96 guérisons sans accidents et 4 cas d'inflammation péri-utérine, du reste de nature bénigne, et terminés heureusement. Dans trois cas, ils étaient dus à ce que les malades avaient quitté leur lit le jour même de la cautérisation ; dans le quatrième, l'introduction du crayon avait été mal faite.

La cautérisation avec le bâton de chlorure de zinc ne détermine donc pas de complication si les malades sont dociles, si l'opérateur est prudent dans l'application du procédé.

Dans plusieurs cas où, en même temps que l'endométrite, existait une phlegmasie péri-utérine, non seulement la cautérisation n'a pas été funeste, mais encore elle paraît avoir influencé avantageusement la marche de la complication péri-utérine.

La guérison peut être considérée comme définitive du 9e au 15e jour, c'est-à-dire deux jours après la chute de l'eschare.

Les règles sont revenues dans plusieurs cas avant que les malades quittassent l'hôpital. M. Dumontpallier a vérifié, par le cathétérisme, l'intégrité de la cavité cervico-utérine. Il n'a pas vu se produire d'atrésie du col, mais dans la crainte qu'elle ne survienne, on peut toujours pratiquer le cathétérisme préventif 20 à 25 jours après la cautérisation.

La menstruation post-opératoire n'a pas été douloureuse et a eu une durée normale. Jamais il n'y a eu de signes de salpingo-ovarite.

Quatre des malades de M. Dumontpallier ont présenté, depuis leur cautérisation, les symptômes du début de la grossesse.

Sa conclusion est donc que le traitement de l'endométrite chronique, au moyen du crayon de chlorure de zinc laissé à demeure dans la cavité utérine, offre de réels avantages et cela par sa simplicité, son innocuité et la rapidité de la guérison.

La lactose comme diurétique dans les maladies du cœur.

M. *G. Sée* a communiqué à l'Académie son opinion sur la valeur diurétique d'une substance qui n'avait pas encore fixé l'attention à ce point de vue.

« Parmi les diurétiques, dit-il, le plus infaillible est le lait, qui peut en même temps, à lui seul, constituer un aliment complet. A ce double point de vue, il fait, depuis un certain nombre d'années, pour ainsi dire, les frais de la médecine, mais surtout dans la thérapeutique des maladies de l'estomac et du cœur.

Il fait merveille chez les gastralgiques, à la condition qu'ils appartiennent à la catégorie des hyperchlorhydriques. Il vient, au contraire, échouer misérablement chez une foule d'autres dyspeptiques, chez les anachlorhydriques ou chez les hypochlorydriques.

Nous trouvons, d'autre part, le lait préconisé depuis un demi-siècle par Chrétien (de Montpellier), Serres, (d'Alais), Pécholier, dans toutes les hydropisies, puis vanté plus récemment dans les hydropisies brightiques et recommandé vivement aux cardiaques asystoliques atteints de stases veineuses et d'infiltrations œdémateuses.

Le lait, administré par doses fractionnées formant un total de 3 ou 4 litres par jour, peut rendre les plus grands services dans les cardiopathies hydropiques, surtout quand les malades ont un estomac normal ou hyperchlorhydrique. Il y a plusieurs raisons à cette double efficacité du lait dans les deux grandes classes d'affections cardiaques et dyspeptiques.

Le lait constitue un aliment complet parce qu'il contient les trois espèces chimiques : la caséine, le sucre et la graisse. Ces corps sont-ils contenus dans le lait dans les proportions nécessaires ? Pour un rationnement physiologique il faut à un homme : principes azotés, 120 gr. ; graisse, 100 gr. ; hydrates de carbone, 150 gr. Or, le lait ne contient pas ces diverses substances dans les proportions ci-dessus.

Pour absorber les 100 gr. de graisse nécessaires à la vie, il suffirait de prendre deux litres et demi de lait ; pour avoir les 120 gr. de substances albuminoïdes, il faudrait 3 litres ; mais, pour arriver aux 250 gr. de subtances hydrocarbonées, il faudrait ingérer au moins 5 litres de lait. Ces chiffres sont peut-être même trop faibles, surtout pour un homme qui travaille.

Le lait a l'avantage de se digérer facilement. Coagulée presque immédiatement dans l'estomac, la caséine se peptonise avec une grande facilité. Le sérum et les sels sont absorbés directement, le beurre s'émulsionne complètement dans l'intestin. Cependant certains cardiaques répugnent à cette boisson, ou ne la digèrent pas, cela tient à ce que le lait absorbé en grande quantité forme un caillot massif dans l'estomac et qu'il ne reste plus assez d'acide chlorhydrique pour le digérer. De plus il existe normalement dans l'estomac un ferment lactique. Dans les cas où le lait n'est pas digéré, comme de nombreuses recherches me portent à le penser, ce ferment est absent ou diminué. Pour obtenir la digestion du lait chez ces malades on a proposé les préparations de chaux, en particulier le chlorure de calcium ; pour ma part, j'ai employé le biphosphate de chaux, mais les résultats sont inconstants.

Lorsqu'on met un malade au régime du lait exclusif et qu'on lui en fait prendre trois litres, on produit de la polyurie. Ce n'est pas seulement l'eau du lait qui est éliminée, la quantité d'urine excrétée est supérieure à celle du lait ingéré, il y a donc une véritable action diurétique.

Outre cette diurèse, la diète lactée provoque une glycosurie des plus évidentes. Quand on fait prendre à un sujet 200 gr. de sucre de lait, on obtient de la glycosurie ; or dans les cures de lait on arrive à ordonner jusqu'à 4 litres de ce liquide, ce qui fait ingérer justement les 200 gr. en question.

A quel élément du lait est due cette fonction diurétique que personne n'a songé à analyser ? L'élimination de l'eau en proportion de son ingestion, les graisses ni l'albumine n'ont un pouvoir excréteur. Restent le sucre de lait et les sels. Et d'abord quels sont ces sels ? D'après Gorup Besanez, la potasse serait la base prédominante ; comme sels, les plus abondants seraient le phosphate de potasse, puis le chlorure de sodium.

M. Sée avait cherché d'abord à constituer un lait artificiel diurétique contenant comme le lait lui-même, par litre, 50 grammes de sucre de lait et de 1 gr. 35 à 2 grammes d'acétate de potasse. Or, ce lait était plus diurétique qu'une potion d'acétate de potasse ordinaire et M. Sée s'est convaincu que c'était en somme le sucre de lait qui était le véritable agent diurétique. En supprimant les sels et donnant simplement une solution de lactose, il a obtenu les effets les plus étonnants de diurèse. Cette diurèse même dépassait de beaucoup celle qui était provoquée par une quantité équivalente de lait.

Le sucre de lait se trouve dans le lait de tous les mammifères. Le lait ne contient pas d'autre sucre, et pas d'autres hydrocarbures. La proportion est de 6 % dans le lait d'ânesse, 5 % dans le lait de femme et de 4,8 % dans le lait de vache ou de chèvre. On l'obtient facilement en traitant le lait par la présure, le ferment lactique sécrété par la muqueuse stomacale, qui précipite la caséine et entraîne les gouttelettes de lait. On filtre et l'on traite le liquide obtenu par l'acide acétique dilué et l'on chauffe. On précipite ainsi l'albumine du lait, il suffit ensuite de faire évaporer le liquide restant jusqu'à ce que le sucre du lait cristallise.

La lactose cristallisée est soluble dans six parties d'eau froide et dans deux et demie d'eau chaude ; elle est peu soluble dans l'alcool. Elle a un goût moins sucré que le sucre de canne.

Le sucre de lait, d'après des expériences récentes, se forme dans l'organisme aux dépens des substances albumineuses et peut se produire avec une alimentation exclusivement carnée. Ingéré à faibles doses, il subit dans l'économie une destruction complète, il s'oxyde en totalité en fournissant de l'eau et de l'acide carbonique, aussi il ne reparaît pas dans les urines, ni sous forme de sucre de lait, ni sous aucune autre forme de sucre. Si on l'injecte dans les vaisseaux, il est oxydé tout comme s'il avait été absorbé par l'intestin. Cependant, si la dose injectée est un peu forte, une partie échappe à l'oxydation et s'élimine telle quelle par les urines. Chez la femme en lactation des phénomènes analogues se produisent. Une certaine quantité du sucre de lait, formé dans le sein, se résorbe sur place. Si la quantité ainsi résorbée est faible, on ne constate rien d'anormal dans les urines ; mais, si la glande ne se vide pas suffisamment, le sucre se résorbe en plus grande quantité et dans ce cas il en passe une partie dans les urines, il se produit une lactosurie.

Quand on absorbe le sucre de lait par les voies digestives, il ne se produit pas de lactosurie, cela tient à ce que son absorption est lente et que sa destruction se fait au fur et à mesure dans les tissus et à ce que jamais la teneur du sang en lactose n'est suffisante pour qu'une partie s'échappe par les urines. C'est donc un véritable aliment au même titre que les autres hydrocarbures. Comme eux, il épargne les albuminates et les graisses dans l'organisme.

Quand il passe dans les urines, on peut l'y reconnaître facilement. En effet, la solution aqueuse dévie vers la droite le plan de polarisation, et cette déviation s'exagère si l'on ajoute à chaud de l'acide sulfurique dilué. Cette solution doit après décoction avec cet acide et après neutralisation par le carbonate de chaux, subir une fermentation alcoolique sous l'influence d'une levure pure. La quantité de lactose contenue dans l'urine peut être dosée par la liqueur de Fehling ou par le polarimètre.

1° La lactose constitue le plus puissant diurétique et en même temps le plus inoffensif. C'est elle, et elle seule, qui donne au lait sa propriété diurétique. Les autres principes du lait, en particulier l'eau et les sels, n'ont pas d'action manifeste ou utile, le chlorure de sodium n'ajoute rien à la polyurie due au sucre de lait, et les sels de potasse eux-mêmes n'y ont qu'une part très restreinte.

Le lait pris à la dose de deux litres produit bien la diurèse, mais à la dose de quatre litres, dont chacun contient 50 gr. de lactose, il détermine en même temps une glycosurie très évidente, un diabète passager, une partie des 200 grammes de sucre ainsi absorbés s'éliminant par les urines. En même temps, il se fait une excrétion considérable d'urée indiquant une destruction des albuminates. Il y a donc à la fois glycosurie et azoturie.

Le sucre de lait permet d'éluder tous ces inconvénients et ces dangers ; 100 grammes de lactose en potion produisent une diurèse énorme que l'on n'est pas sûr d'obtenir avec quatre ou cinq litres de lait. Avec la lactose, pas de glycosurie, ni d'azoturie. Dans le lait, l'action de la lactose est entravée par la caséine et la graisse.

2° La polyurie résultant de l'usage interne de 100 grammes de lactose dépasse toutes les polyuries médicamenteuses ; elle atteint rapidement 2 litres 1/2 d'urine et s'élève presque constamment à 3 litres 1/2 et même à 4 ou 4 1/2 le troisième jour. A partir de ce moment, elle reste stationnaire ou s'abaisse à 2 litres 1/2 pendant quelques jours. Pendant ce temps, les hydropisies disparaissent presque à coup sûr, le sang se trouve déshydraté, c'est pour cela que la diurèse n'est plus aussi intense qu'au début du traitement. Mais après quelques jours de répit, on peut par le même moyen obtenir une nouvelle déshydratation du sang et la résorption des hydropisies.

3° *Effets sur les hydropisies d'origine cardiaque et rénale.* — On peut dire d'après cela que la lactose agit d'une manière sûre dans les hydropisies d'origine cardiaque, mais elle agit d'une manière douteuse ou même nulle dans les hydropisies d'origine rénale. Dans les affections du cœur elle n'échoue que chez les cardiaques dont le rein est devenu brightique et quand l'albumine monte à 0 gr. 60 ou à 1 gr. par litre. Tant que la quantité d'albumine est minime, le résultat est favorable, ce qui fait supposer que dans ces cas il n'y a pas de lésions rénales, mais une simple stase sanguine. On peut ainsi mesurer par la diurèse lactosique le degré d'altération des reins.

4° *Temps d'arrêt de la diurèse. — Prescription de la lactose.* — On peut voir parfois l'action diurétique interrompue par d'autres causes que la lésion des reins. Il peut se produire, en effet, une diarrhée qui naturellement diminue la diurèse. Dans d'autres cas, les malades ont depuis plus ou moins longtemps des sueurs profuses ou des transpirations accidentelles qui diminuent la polyurie, mais elle ne tarde pas à reparaître.

Le médicament est en général parfaitement supporté. On doit le prescrire pendant 8 ou 10 jours, cela suffit à produire une déshydratation notable du sang, on en interrompt alors l'usage pendant quelques jours pour le prescrire à nouveau. La

tisane lactosique est un peu fade, on peut corriger ce goût par l'addition d'un peu d'eau-de-vie ou d'eau de menthe. Dans tous les cas il importe de rationner ou même de supprimer toutes les autres boissons, y compris le bouillon et surtout le lait qui devient inutile comme diurétique et qui encombrant l'estomac empêche tout autre aliment. Or à cet égard la lactose a un avantage immense, elle permet au malade, à sa grande satisfaction, de prendre toute espèce de nourriture et même le régime carné souvent indispensable pour soutenir les forces défaillantes du cardiaque arrivé à la fin de sa maladie.

5° *Mode d'action de la lactose. Comparaison thérapeutique avec les autres diurétiques.* — Maintenant que les faits sont acquis, il s'agit d'interpréter le mode d'action de ce nouveau diurétique qu'on peut appeler physiologique. On sait que les diurétiques agissent souvent par suite de la haute pression sanguine qu'ils déterminent; ici le pouls et la pression ne sont pas modifiés. Les sels alcalins sont considérés comme produisant la diurèse en vertu de leur pouvoir osmotique, les sels de potasse ont surtout ce privilège. Or, en ajoutant 2 gr. de potasse à chaque litre de tisane lactosique, je n'obtiens rien de plus que par la lactose seule. Comme celle-ci ne traverse pas le rein, ce n'est donc pas par osmose qu'elle agit, il faut admettre une action élective et sélective de la lactose sur les éléments sécréteurs du rein, c'est un diurétique physiologique rénal.

Si nous la comparons avec les autres diurétiques, voici ce que nous trouvons. Ceux qui augmentent la pression, les cardiovasculaires, à savoir : la digitaline, la convallamarine, le strophantus, agissent bien plus faiblement, moins sûrement, moins efficacement sur les hydropisies que ne le fait la lactose. Bucquoy avec sa loyauté traditionnelle et son véritable esprit scientifique l'a reconnu pour ce qui est de la lactose comparée au strophantus, son médicament d'adoption.

Un deuxième groupe de diurétiques, le seul bien établi jusqu'ici, comprend les diurétiques rénaux proprement dits, en tête desquels se trouve la caféine. Elle fait partie d'une série chimique qui commence à la xanthine, comprend la théobromine que j'étudie en ce moment et finit par la caféine, le plus méthylé de ces composés. Et nous savons d'ores et déjà, trois choses :

1° Que la caféine et la théobromine sont des diurétiques rénaux comme la lactose ;

2° Qu'elles agissent toutes deux indépendamment de la pression vasculaire, car on peut sectionner les centres vaso-moteurs et détruire les nerfs vasculaires sans enrayer en quoi que ce soit la diurèse caféique ;

3° Qu'elles n'ont pas d'action tonique sur le cœur comme on l'a prétendu récemment, et en cela encore elles ressemblent à la lactose. Mais la caféine produit des troubles nerveux et cérébraux dont la lactose ne s'est jamais montrée coupable ;

6° Nous avons donc dans la lactose le diurétique des affections du cœur à la période asystolique, le vrai moyen curatif des hydropisies d'origine cardiaque, même de celles qui ont résisté aux autres agents polyuriques. Dans l'asystolie il y a un autre accident des plus compromettants pour la vie, la dyspnée ; mais contre elle la lactose est impuissante, aussi son action devra être secondée par l'iodure de potassium. Ce médicament que j'ai trouvé, il y a dix ans, et dont on m'a dépouillé depuis avec enthousiasme et persévérance, souvent avec habileté, en changeant, sous le prétexte de toxicité potassique, le nom de famille du potassium en sodium, constitue par l'iode et par la potasse le vrai médicament du cœur et de la circulation. Il ne lui manque que le pouvoir diurétique. Pour remplir toutes les indications, associez l'iodure et la lactose.

De l'hérédité de la myopie

M. *Motais* d'Angers a examiné directement les familles de 330 jeunes gens myopes, et est arrivé aux conclusions suivantes :

L'influence héréditaire de la myopie existe dans 216 familles sur 330, soit 65 %. Cette myopie héréditaire se distingue de la myopie acquise : A. Par son apparition plus précoce. B. Par son développement plus rapide. C. Par la moyenne plus élevée de son degré. D. Par des complications plus fréquentes et plus étendues.

En somme, la myopie héréditaire est plus grave que la myopie acquise.

La myopie est, en général, transmise par le père à la fille (80 % des cas observés) par le père au fils, 14 %, et par la mère au fils 79 %, par la mère à la fille (21 %). La myopie héréditaire est donc croisée, au point de vue sexuel. Ce fait remarquable n'avait pas encore été mis en lumière.

Les principales conditions qui favorisent la transmission héréditaire de la myopie sont : A. Avant tout, l'application de la vue dans un milieu hygiénique défavorable, soit à l'école, soit à la maison paternelle. *B.* L'astigmatisme d'un certain degré (au-dessus de 0,75), 14 %. *C.* La microsémie (abaissement de la voûte orbitaire), 16 %.

La conclusion de la démonstration précise de la myopie héréditaire dans une proportion élevée (65 %), et de sa gravité, doit être d'imposer à tous ceux qui dirigent l'éducation des enfants une hygiène scolaire plus rigoureuse tant à l'école qu'à la maison paternelle pour les enfants prédisposés.

Si l'on n'y prend garde, en effet, la myopie acquise ne restant pas individuelle, mais se transmettant aux descendants, le danger myopique ne tardera pas à se multiplier et à s'étendre dans des proportions inquiétantes.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'atonie intestinale.

Ce serait rendre un bien grand service à beaucoup de malades... et à tous les médecins, que de tirer parfaitement au clair la pathogénie de l'atonie intestinale et d'édifier sur des fondements pathogéniques inébranlables une thérapeutique rationnelle. Malheureusement il s'en faut que cette question soit claire, malgré la quantité de travaux qu'elle a suscités, malgré le grand nombre de malades chez lesquels existe cet état morbide qui, tout en ne constituant guère au point de vue nosologique qu'un symptôme ou un syndrôme, doit bien être considéré dans la pratique comme une vraie maladie.

L'occasion d'en parler m'est fournie par l'apparition d'un très intéressant volume que vient de publier mon ancien collègue d'internat Charles Malibran, aujourd'hui médecin consultant à Plombières.

I

L'atonie intestinale, c'est l'insuffisance plus ou moins durable de la fonction motrice du gros intestin, qu'elle soit partielle ou totale. En s'appuyant sur la physiologie, Malibran rappelle que la correcte exécution de cette fonction motrice réclame plusieurs conditions : la sensibilité de toute la muqueuse doit être intacte, puisque les contractions des couches musculeuses destinées à faire progresser le contenu de l'intestin ont pour point de départ une impression exercée par ce contenu sur la muqueuse ; — il faut l'intégrité de l'appareil nerveux périphérique, c'est-à-dire de ces ganglions compris dans l'épaisseur des plans musculeux et qui commandent à leurs contractions ; — il faut aussi que les fibres musculaires ne soient pas altérées dans leur structure. — Il faut encore que les actions nerveuses d'origine centrale, les unes accélératrices, les autres suspensives ou inhibitoires, qui produisent la contraction et le relâchement alternatifs des fibres musculaires circulaires et des fibres longitudinales s'équilibrent exactement.

Cette analyse des conditions normales du péristaltisme a servi à Malibran de base pour classifier de la façon suivante, les causes de l'atonie intestinale qui suppose la suppression ou l'amoindrissement d'une ou plusieurs des conditions de l'activité normale de l'intestin.

Il admet une atonie intestinale.

1° Par INSUFFISANCE DES IMPRESSIONS SENSITIVES :

Soit par ANESTHÉSIE (résistance aux besoins de défécation, abus des lavements),

Soit par ABSENCE DES IRRITANTS NORMAUX, (insuffisance ou suppression de la bile, acholie).

2° Par INSUFFISANCE DES ACTIONS NERVEUSES MOTRICES

Soit par ÉPUISEMENT : *adynamie* (fièvre typhoïde), — *anémies*, cachexies, débilité, grossesse, sédentarité, etc ; — *surmenage*, excès, dépression nerveuse.

Soit par INHIBITION : *nervosisme,* hystérie, neurasthénie ; — *rhumatisme*, goutte.

3° Par INSUFFISANCE DE LA CONTRACTILITÉ MUSCULAIRE.

Cette insuffisance peut être FONCTIONNELLE.

A. *Fatigues musculaires par excès de contraction* (purgatifs, entérites catarrhales.)

B. Fatigue musculaire par *excès de tension* : exhalation gazeuse à la surface de l'intestin — dégagement de gaz en fermentation (vices de régime) — accumulation de gaz au-dessus d'un rétrécissement (occlusion chronique, hémorrhoïdes, rétroflexion, ectopie hépatique, rénale, etc.)

C. *Paralysie* : phlegmasies intestinales aiguës, péritonite aiguë (pseudo-étranglements).

L'insuffisance peut être ORGANIQUE.

A *Surcharge graisseuse* ; obésité.

B. *Sclérose* (dysentérie, entéro-colite typhoïde ; péritonites ; adhérences, pérityphlite).

C. *Atrophie musculaire* (atrophie des muscles abdominaux, vieillards.)

Cette classification, toute physiologique, est logique, commode par conséquent à retenir pour celui qui veut sans grand effort se remémorer promptement les principaux groupes de causes : mais son auteur est trop clinicien pour ne pas s'empresser de déclarer qu'elle ne peut satisfaire entièrement le clinicien, que ces divers mécanismes sont dans la pratique associés d'une façon très complexe et réalisés souvent par un même facteur étiologique. Il cite l'exemple suivant : « Un individu rhumatisant et nerveux, ayant subi antérieurement les atteintes d'une fièvre typhoïde, peut faire des excès, des écarts de régime, être hémorrhoïdaire et avoir une atonie dans la réalisation de laquelle tous les éléments précédents ont une part relative. » Aussi conseille-t-il au clinicien, en possession de toutes les données pathogéniques nécessaires (grâce à cette classification), de ne point suivre pas à pas les détours de celle-ci ; il fera mieux « suivant une méthode toute personnelle de passer en revue dans son interrogatoire les causes générales et les causes locales de l'atonie, en s'informant des antécédents morbides de son malade, de son tempérament, de son genre de vie. Puis il s'informera des moyens employés par le patient pour combattre sa constipation. Enfin l'examen physique du tube digestif, des organes abdominaux et des matières lui permettront d'être fixé d'une façon complète et expéditive sur la cause et le mécanisme de l'atonie intestinale de son malade. »

Voilà un plan d'examen clinique très correct et qu'on suivra avec profit. L'expérience pratique déjà considérable acquise par l'auteur, — il dispose d'un matériel clinique de plus de 200 observations, — se reconnaît encore à cette marque qu'il insiste sur les extrêmes difficultés d'interprétation dont sont entourés un grand nombre de cas. Si bien que, mettant de côté un petit groupe de cas où la cause de l'atonie est bien nette, en apparence isolée, un autre plus nombreux où l'atonie est complexe, mais où on peut encore discerner des causes prépondérantes et des causes accessoires, il faut s'attendre à trouver un groupe respectable de faits où le doute subsiste sur la subordination des facteurs étiologiques, si bien qu'un prudent éclectisme s'impose ou qu'il faut admettre à la fois des causes prédisposantes, déterminantes et adjuvantes.

M. Malibran a noté comme tout le monde que la fréquence de l'atonie intestinale est plus grande dans le sexe féminin, qu'elle ne respecte aucun âge, mais que certains facteurs sont plutôt l'apanage d'un âge déterminé : la distension gazeuse chez les enfants, l'atrophie musculaire chez les vieillards, la neurasthénie chez les adultes.

Au point de vue de l'anatomie pathologique M. Malibran établit deux catégories de modifications intestinales causées par l'atonie, ces catégories étant d'ailleurs deux étapes successives de la même maladie : l'atonie peut être *simple,* ou *compliquée.* Dans l'atonie simple il n'existe encore qu'une légère dilatation générale ou partielle par relâchement, peut-être avec sécrétion insuffisante de mucus.

Mais l'atonie au bout d'un temps variable peut se compliquer d'altérations d'ordre mécanique (distension, hypertrophie, dilatation, entéroptose), et de lésions d'origine irritative et infectieuse par réaction du contenu stagnant de l'intestin sur la paroi qui l'entoure.

La marche des phénomènes d'ordre mécanique se résume en une atonie d'emblée avec légère ectasie par relâchement, atonie consécutive à la dilatation et à l'hypertrophie en arrière d'un obstacle et pouvant aboutir soit à l'entéroptose, soit à l'obstruction stercorale, sui-

vant la région atteinte (coude droit du colon ou S iliaque.)

Pour les complications irritatives et infectieuses l'enchaînement est le suivant : atonie, coprostase, formation d'exsudats pseudo membraneux (hypersécrétion de mucine concrète ou coagulable attribuable peut-être à des bactéries), colite chronique sans phénomènes d'obstruction ; puis obstruction iliorectale intermittente cédant chaque fois sous l'influence d'une poussée de catarrhe aiguë plus ou moins intense et durable ; obstruction ilio-rectale ou cœcale susceptible d'aboutir exceptionnellement à la perforation de l'intestin. »

II

Malibran passe ensuite à l'étude clinique, qu'il divise en trois parties : les caractères des selles, les symptômes proprement abdominaux, les phénomènes généraux.

Il insiste avec raison sur les éléments précieux d'instruction que fournit au médecin *l'examen direct des selles* trop souvent négligé. L'abondance des matières rendues, leur consistance, leur odeur, leur couleur, la présence d'éléments étrangers aux selles normales, — mucus en masse glaireuse ou concrété sous forme de membranes, de petites peaux, de rubans qui sont pris souvent par les malades pour des fragments de tænia — ou matières simulant des fausses membranes, amas de leptothrix mélangés à du lait non digéré (Broca), albumine coagulée provenant d'œufs crus non digérés (Potain), débris de légumes ou de fruits, — sang pur par fissure anale ou poussées fluxionnaires sur la muqueuse colique ou ilio-rectale.

Les *symptômes abdominaux* comprennent les troubles de la sensibilité, et les modifications des organes contenus dans l'abdomen que peut déceler l'examen physique.

Si dans l'atonie simple, la sensibilité intestinale n'est pas exagérée, les douleurs spontanées ou provoquées, diffuses ou localisées, intermittentes, continues ou paroxystiques, etc., sont l'accompagnement ordinaire de l'atonie avec colite. Elles sont attribuables à diverses causes, distension gazeuse des anses intestinales, tiraillement d'adhérences, contraction spasmodique des tuniques musculeuses, poussées inflammatoires du côté de la muqueuse et quelquefois névralgie simple de l'intestin.

L'inspection, la palpation, la percussion permettent de constater les différences les plus considérables entre les malades atteints d'atonie intestinale au point de vue de la forme, de la souplesse, de la situation des viscères et de leur volume, etc. On ne saurait trop insister sur la nécessité d'explorer trés attentivement l'abdomen, en se conformant aux règles de technique qui sont formulées dans les traités de séméiotique. Trop de médecins se contentent de converser avec les malades atteints d'affections des voies digestives, quand ils ne supposent pas l'existence d'un néoplasme ; ils ne rendent pas de la sorte tous les services qu'ils pourraient.

La coexistence des troubles gastriques est très fréquente chez les individus atteints d'atonie intestinale. Malibran l'a notée 85 fois sur 100 ; ces troubles consistent en sensations douloureuses de la région épigastrique et en distension gazeuse. M. Bouchard et moi, nous avons défendu cette opinion que la dilatation de l'estomac est souvent la première étape des troubles intestinaux ; de l'examen de nombreuses observations, cette conclusion me paraît se dégager que les fermentations incessantes qui s'accomplissent dans un estomac dilaté sont l'origine des entérites subaiguës ou chroniques, d'où dépend si souvent l'atonie intestinale. Ce n'est pas toujours l'atonie qui débute, engendrant la coprostase et par suite l'irritation de la muqueuse ; c'est peut-être plus souvent le processus inflammatoire qui entrave la contractilité. La question du rapport réciproque entre les troubles gastriques et intestinaux est, je le reconnais, bien souvent difficile à trancher. Malibran, sur 100 atoniques intestinaux, a trouvé 34 dyspeptiques, dont 16 dilatés (de l'estomac) ; en d'autres termes, dit-il, le tiers des atoniques intestinaux est dyspeptique, le quart dilaté ; je trouve dans mes propres observations une beaucoup plus forte proportion d'estomacs dilatés. Mais quittons la dilatation de l'estomac qui fut jadis une cause de désaccord entre Malibran et moi et revenons à l'intestin.

Les *phénomènes généraux* si nombreux et si pénibles qu'éprouvent les individus atteints d'atonie intestinale compliquée sont attribuables à deux ordres de causes : pour une part, ils tiennent à une perversion fonctionnelle des centres nerveux irrités à distance par les altérations de l'intestin, mais il y a lieu de faire une très large part à l'auto-intoxication par résorption des poisons intestinaux.

Parmi ces phénomènes, M. Malibran insiste sur la dépression des forces, cette sensation continue d'accablement qui rend si pénible l'existence de beaucoup d'atoniques, l'hypocondrie, la neurasthénie, le défaut de résistance aux influences extérieures, aux maladies intercurrentes, les sensations douloureuses les plus multipliées, parmi lesquelles les hyperesthésies, les migraines et les maux de tête, le vertige, les troubles circulatoires de vaso-dilatation ou de vaso-constriction les plus étonnants par leur brusquerie et leur intensité, les troubles digestifs autres que les phénoménes intestinaux (modifications de l'appétit, du goût, enduits et fissuration de la langue), la fétidité de l'haleine due à ce que la presque totalité des gaz intestinaux est éliminée par la voie pulmonaire, les phénoménes congestifs du côté du foie. Comme modifications des téguments l'auteur cite la sécheresse de la peau et sa teinte terreuse, la pigmentation du visage, d'autres fois, des sueurs fétides, quelques dermopathies (acné, eczéma), la fréquence de la furonculose ; comme troubles de la nutrition, la sensibilité extrême au froid, un amaigrissement qui va jusqu'à la cachexie.

Je ne suivrai pas Malibran dans le chapitre qu'il a consacré à la physiologie pathologique ; il y discute les rapports de l'atonie intestinale avec la neurasthénie et avec les symptômes généraux variés qui l'accompagnent, et que l'on considére comme réflexes ou comme toxiques. Il réfute judicieusement M. Glénard qui a proposé, comme on sait, de considérer la neurasthénie comme étant toujours la conséquence d'une modification dans la statique des viscères abdominaux (entéroptose, c'est-à-dire chute du coude droit du côlon, entraînant d'autres ptoses du foie, du rein) ; nous avons à plusieurs reprises entretenu nos lecteurs de cette théorie qui est à coup sûr ingénieuse, mais qui nous paraît inacceptable pour la grande majorité des faits.

III

Le traitement de l'atonie intestinale doit consister à combattre : 1° les causes ; 2° l'atonie elle-même ; 3° les complications.

Parmi les causes génératrices de l'atonie, il en est contre lesquelles on est à peu près désarmé, la prédisposition nerveuse héréditaire, les maladies organiques des centres nerveux, les altérations graves de l'intestin et du foie, la neurasthénie même, si difficilement curable. Mais on peut obtenir la régularisation naturelle des garde-robes, traiter certaines lésions locales comme la rétro-déviation utérine, les hémorrhoïdes, quelquefois les brides péritonéales.

Le traitement de l'atonie comprend les agents qui facilitent l'exonération en diminuant la consistance des matières, c'est-à-dire en amoindrissant les résistances intra-intestinales et ceux qui augmentent la puissance motrice de l'intestin.

1° Le régime alimentaire à base de végétaux herbacés, en général, dans l'atonie simple. Quand il existe de la dilatation de l'estomac, la diététique instituée par M. Bouchard doit être appliquée avec rigueur.

2° Les purgatifs. Malibran conseille de choisir parmi les suivants : graines inertes (moutarde blanche, graine de lin, semences du psyllium plantago), belladone associée à d'autres substances purgatives pour en favoriser l'action ou en corriger la trop grande énergie ; tabac (le cigare quotidien du matin), le séné, podophyllin, nerprun, cascara sagrada, euonymine, rhubarbe, manne, casse, tamarin, fleurs de pêcher, huile de ricin, huile de soja, glycérine, soufre, calomel, crème de tartre, magnésie, sels neutres et eaux minérales purgatives.

3° Les lavements. Ne pas en faire abus ; ils doivent être froids ou assez chauds pour exciter la contractilité intestinale.

4° Les médicaments excito-moteurs de l'intestin : la noix vomique à dose assez élevée. Stocquart, de Bruxelles, en donne de 5 à 10 grammes (57 gouttes par gramme) en deux fois matin et soir. La strychnine : voici une formule commode qu'emploie M. Bouchard :

Sulfate de strychnine 0 gr.06 centigr.
Eau distillée 150 gr.

2 à 3 cuillerées à *café* par jour (chaque cuillerée à café représente 2 milligrammes) — la quassine, l'ipéca à petites doses quotidiennes (Mathieu), etc.

5° L'hydrothérapie.

6° Exercices gymnastiques et massage.

7° Electricité. P. Le Gendre.

RHINOLOGIE

Nouvelle méthode de traitement de la rhinite atrophique et de l'ozène (1).

L'insuffisance des résultats obtenus jusqu'ici à l'aide des diverses méthodes de traitement conseillées contre la rhinite atrophique est constatée par tous les observateurs. Si quelques médecins ont eu l'heureuse chance de constater dans un certain nombre de cas la régénération, apparente au moins, de la muqueuse malade sous l'influence des irrigations antiseptiques fréquentes et longtemps continuées, l'immense majorité des auteurs s'accorde au contraire pour dire que la maladie est incurable. Tous considèrent les divers traitements comme des mesures palliatives dont le seul

(1) *Archives de laryngologie et de rhinologie*, avril 1889.

résultat est de débarrasser périodiquement les fosses nasales des croûtes qui s'y sont accumulées, et de faire disparaître momentanément la mauvaise odeur. Dans les cas heureux la production des croûtes paraît entravée, et la diminution de la mauvaise odeur peut être assez marquée pour permettre de faire les irrigations moins fréquemment. Plus exceptionnellement, il semble qu'on puisse obtenir une guérison durable, mais ces faits sont trop rares pour qu'on puisse les considérer à bon droit comme des succès thérapeutiques, puisqu'on sait que parfois l'ozène peut être un phénomène intermittent ou passager, et disparaître spontanément au bout de quelques mois ou de quelques années.

Il importe de remarquer que les faits de guérison auxquels je fais allusion ici se rapportent surtout à des cas où la fétidité des sécrétions constitue à elle seule presque toute la maladie, et où la muqueuse ne paraît pas atrophiée. Je la crois possible aussi dans le cas où l'atrophie est encore assez limitée ; où, par exemple, on voit un cornet inférieur manifestement atrophié, alors que l'autre cornet inférieur et le reste des fosses nasales sont à peu près sains ou ne présentent que des signes de catarrhe. Lorsque les cornets osseux sont rudimentaires et que l'atrophie de la muqueuse est un peu marquée, la maladie ne guérit pas, mais on peut voir encore les croûtes perdre spontanément leur mauvaise odeur, et l'on pourrait alors croire à la guérison de la maladie, tandis qu'un symptôme seulement a disparu.

Il n'est d'ailleurs pas douteux que, malgré la fréquence de leur association, il n'existe une certaine indépendance entre le symptôme *ozène* (mauvaise odeur *spéciale*) et la rhinite atrophique. L'ozène peut exister sans rhinite atrophique véritable, soit qu'il se montre sous forme d'ozène purement catarrhal chez de jeunes sujets strumeux, soit qu'il succède à la syphilis tertiaire des fosses nasales, qui, après guérison complète, et alors qu'il n'existe plus ni lésions osseuses ni ulcérations, mais seulement des pertes de substance, peut laisser à sa suite des troubles de la sécrétion nasale donnant naissance à des croûtes ayant l'odeur ozéneuse. Bien plus fréquemment encore, on peut observer des cas de rhinite atrophique avec plus ou moins de croûtes, où l'odeur est très faible, ou bien où elle n'existe que pendant la seconde partie de la nuit et le matin au réveil, d'autres enfin où l'odeur est à peu près ou tout à fait nulle. Je ne sais pas si, en pareil cas, on a affaire à des rhinites qui ont été fétides à un moment donné. La chose est fort possible, mais il est certain que lorsqu'on les observe, cette fétidité a disparu. La rhinite atrophique peut donc exister sans ozène (1).

Je me vois ici forcé, pour être bien compris, d'insister sur la signification qu'on doit, à mon sens, donner au mot *ozène*, car, malgré le nombre considérable de travaux publiés sur la question depuis quelques années, il règne encore une confusion regrettable à ce sujet. Alors que la plupart des spécialistes désignent sous le nom d'*ozène*

(1) Bien plus, la disparition de la fétidité, à la période ultime de l'évolution de la maladie, semble être une règle générale. Les vieillards, atteints depuis de très longues années, ne sentent plus mauvais : l'exagération de l'atrophie glandulaire, et partant l'extrême diminution des sécrétions, font aisément comprendre qu'il en soit ainsi.

vrai la rhinite athrophique avec odeur fétide, d'autres auteurs au contraire appliquent le mot ozène au symptôme « mauvaise odeur », quelle que soit cette odeur et quelque origine qu'elle puisse avoir, et parlent de l'ozène scrofuloux, do l'ozène syphilitique, avec ulcérations, nécroses, etc. A mon avis les uns et les autres ont tort.

Je crois qu'il faut appeler *ozène* la mauvaise odeur *spéciale* des sécrétions nasales qu'on rencontre très souvent dans le cas de rhinite atrophique, mais qui peut se montrer indépendamment de l'atrophie, odeur qui est vraisemblablement fonction du microbe décrit par Lœvenberg et peut-être encore d'autres microbes, mais qui diffère absolument de celles qu'on constate dans les rhinites ulcéreuses avec ou sans altérations du squelette, dans les rhinites purulentes causées ou non par des corps étrangers, dans les cas d'empyème des sinus, de tumeurs ulcérées des fosses nasales, etc. Ainsi compris, le mot *ozène* ne s'applique pas aux diverses rhinites fétides que je viens de citer, mais il n'implique pas non plus la nécessité de la rhinite atrophique ; il désigne une fétidité nauséabonde, à la fois douceâtre et piquante, ne variant guère que suivant qu'elle est plus ou moins douceâtre ou plus ou moins piquante, rappelant d'autres odeurs qui sont comme elle fonction de microbes spéciaux, celle des sueurs fétides des pieds ou celle de certains fromages ; odeur qu'on ne confondra plus avec aucune autre quand on l'aura sentie un certain nombre de fois, pour peu qu'on ait le sens de l'odorat un peu éduqué et normalement développé.

Les malades atteints de rhinite atrophique sans ozène ne viennent guère consulter le médecin pour leur nez, car ils sont habitués à leur maladie, qui date de l'enfance, et qui les préoccupe d'autant moins qu'ils l'ignorent presque toujours. Ils ne demandent des soins que lorsqu'ils y sont amenés par l'aggravation du catarrhe sec naso-pharyngien qui accompagne si souvent la maladie, ou par l'apparition de la laryngite sèche. Mais comme tous les malades qui ont de la rhinite atrophique sans ozène ne souffrent pas beaucoup du catarrhe naso-pharyngien, et que beaucoup n'ont pas de laryngite sèche, il n'est pas douteux qu'un grand nombre d'entre eux échappent à l'observation.

Quant aux malades atteints de rhinite atrophique avec ozène, c'est ce dernier symptôme, insupportable à leur entourage, qui les amène à demander des soins. C'est contre lui que le médecin lutte, à l'aide de désinfectants divers, surtout à l'aide d'antiseptiques depuis qu'on sait que l'odeur est due à des micro-organismes. Comme l'on sait aussi que ce sont les croûtes qui sont odorantes, on cherche à empêcher leur séjour dans les fosses nasales, et on prescrit des lavages abondants et fréquents pour les en chasser. Mais on ne cherche guère à modifier la muqueuse par une intervention directe. On n'ignore pas que les caustiques chimiques et le galvano-cautère sont plus nuisibles qu'utiles, et que la galvano-caustique chimique est d'une efficacité au moins douteuse.

Parmi les traitements dits curatifs, je signalerai, en passant celui que conseille M. Tillaux: nettoyer les fosses nasales, donner le chloroforme, et badigeonner ensuite la muqueuse nasale avec de la teinture d'iode pure, répéter 8 à 10 fois la même manœuvre à quelques jours d'intervalle. Dans deux cas de rhinite atrophique fétide, j'ai essayé ce moyen, mais entre mes mains il s'est montré peu efficace. Je n'ai pas donné le chloroforme, jo n'ai pas non plus employé la cocaïnisation, et dans les deux cas, ce traitement a été bien loin d'être aussi douloureux que l'a vu M. Tillaux. L'application de l'iode est certainement désagréable, les malades pleurent, leurs yeux rougissent, mais ils peuvent, ou du moins certains d'entre eux peuvent la supporter. J'ai constaté, après chaque application d'iode, l'apparition presque immédiate d'un rhume de cerveau assez intense, mais durant à peine vingt-quatre heures.

Quant aux traitements dits chirurgicaux, et préconisés par Wolkmann et par Rouge, je ne les signalerai que pour les condamner. Souvent utiles et quelquefois formellement indiquées lorsqu'il s'agit de nécroses osseuses étendues, de tumeurs malignes, etc., ces méthodes chirurgicales ne sont plus que des mutilations inutiles si on les applique au traitement de l'ozène. Je ne doute pas que sur ce point je ne sois tout à fait d'accord avec tous les rhinologistes. Cette insuffisance reconnue des moyens curatifs fait qu'on se borne à combattre la mauvaise odeur, et lorsqu'on est arrivé à la faire disparaître, même au prix de soins quotidiens et indéfiniment continués, on est en droit de se trouver satisfait des résultats obtenus.

Parmi les différentes méthodes palliatives employées jusqu'ici, celle qui donne les résultats les plus rapides et les plus nets est peut-être la méthode de Gottstein. Elle consiste, comme on sait, à maintenir alternativement dans l'une et l'autre narine, pendant plusieurs heures, un tampon d'ouate occupant tout l'espace compris entre le cornet inférieur et la cloison, sur toute la longueur du plancher (1). Sous l'influence de cette pratique si simple, on voit presque immédiatement une diminution marquée des sécrétions, qui se dessèchent beaucoup moins ; l'odeur disparaît, et la muqueuse prend bientôt un meilleur aspect, et perd son aspect chagriné et décoloré pour redevenir rosée et humide. J'ai souvent employé cette méthode concurremment avec les lavages et les pulvérisations antiseptiques, et j'en ai obtenu de bons résultats.

Ceux-ci ont été surtout marqués chez une petite fille de 3 ans 1/2 affectée de rhinite atrophique fétide typique et qui est d'ailleurs le plus jeune sujet affecté de cette maladie qu'il m'ait été donné d'observer. Mais il s'agit encore là d'une méthode palliative ; et, dans un grand nombre de cas, il est difficile de la faire accepter aux malades. Elle est d'ailleurs à peu près inapplicable lorsque des déviations un peu marquées de la cloison coexistent avec la rhinite atrophique.

(*A suivre*). A. Ruault,

Chef du service laryngologique à l'Institution nationale des sourds-muets.

(1) Quelques médecins préfèrent, avec Moldenhauer, laisser la partie inférieure de la fosse nasale libre pour permettre la respiration, et appliquer le tampon au-dessus, en avant du cornet moyen et entre celui-ci et la cloison. Cette pratique est la plupart du temps inapplicable : ou le tampon n'est pas assez gros, ou il n'a pas été appliqué avec une force suffisante, et alors il ne tient pas ; ou bien, s'il est de dimensions suffisantes et s'il a été repoussé de bas en haut assez énergiquement pour être solidement fixé, il donne lieu à une gêne ou à des douleurs qui empêchent le malade de le conserver.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'exercice illégal par les religieuses et par les sages-femmes.

Monsieur le Directeur,

Puisque tous les médecins unissent leurs efforts pour défendre les intérêts professionnels, permettez-moi de vous soumettre quelques réflexions qui intéressent particulièrement les médecins de campagne.

Il s'agit de l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie par MM. les curés ou par les sœurs des villages, qui, sous le fallacieux prétexte de porter les secours de la religion et les consolations aux malades, s'informent de la santé de leurs ouailles, de ce que le médecin a dit, de ce qu'il a fait, de ce qu'il n'a pas fait et de ce qu'il aurait dû faire; en un mot critiquent, quelquefois sévèrement, la conduite du médecin; de là à donner une consultation en règle et tirer les médicaments de sa poche il n'y a pas loin, et la force d'habitude, la pratique aussi s'en mêlant, ces messieurs et ces dames donnent des consultations chez eux; on va les trouver de plusieurs lieues à la ronde, on ne fait pas payer la consultation, mais on accepte tout ce qu'on veut bien donner. Il y a un curé dans la Haute-Marne, à Musseau, à 18 kilomètres de Selongey, qui voit et soigne deux fois plus de malades que moi, et qui délivre des médicaments tels que de la teinture de digitale, d'opium, etc. Aussi comment se fait-il que les curés et les sœurs aient en leur possession des médicaments que les pharmaciens ne doivent délivrer que sur ordonnance? Je connais certaine pharmacie qui délivre toutes sortes de médicaments aux curés et aux sœurs à prix très réduits. Je pourrais citer certains pays dans ma clientèle où les sœurs ont toujours fait de la médecine et contre lesquelles mon prédécesseur s'est toujours brisé. Or, ces sœurs ont disparu du pays, l'une morte, l'autre malade, et elles ont été immédiatement remplacées par d'autres sœurs complètement ignorantes de la médecine et de la pharmacie, et malgré cela elles délivrent tout autant de remèdes qu'autrefois. Vous vous demandez comment il se fait que l'instruction médicale leur soit venue si vite? Je crois le savoir: c'est en lisant les livres de médecine usuelle à l'usage des gens du monde que leurs auteurs envoient gratuitement à MM. les curés et aux sœurs, certains qu'ils sont de ne pas trouver de meilleurs propagateurs ou plutôt vulgarisateurs de leurs produits.

Oui, ce qui nous fait le plus de mal à nous, médecins de campagne, ce sont tous ces livres de médecine populaire, les journaux, les prospectus, les almanachs qui pénètrent dans la plus petite chaumière. Avec cela, vous n'avez plus besoin de médecins, disent-ils, vous serez votre médecin vous-même. Du reste, il faut bien le reconnaître, nos maîtres eux-mêmes ne dédaignent pas d'écrire dans les grands journaux politiques, un article de médecine à l'usage des gens du monde, alors que nous reste-t-il à faire? Vous n'ordonnerez pas le moindre médicament dans la plus humble chaumière, que le malade ne discute avec vous l'opportunité de tel ou tel médicament nouveau; on ne veut plus de sulfate de quinine qui abîme l'estomac, mais on réclame l'antipyrine!

Une autre question: Jusqu'à quel point une sage-femme a-t-elle le droit de faire des ordonnances ou plutôt d'acheter des médicaments dont elle se sert journellement. J'ai ici une sage-femme qui a cabinet ouvert tous les jours et qui reçoit toutes les femmes depuis la jeune fille qui a commis une faute et qui cherche à s'en débarrasser, jusqu'à la femme âgée qui va consulter pour sa matrice. Moi je ne suis appelé auprès des femmes en couches que lorsqu'elles sont in extremis! Ne pourrait-on pas informer les pouvoirs publics d'une telle situation et faire rappeler tous ces gens-là à l'ordre par l'envol de circulaires très nettes qui leur rafraîchiraient la mémoire sur ce qu'ils doivent faire et surtout sur ce qu'ils ne doivent pas faire.

Voilà, monsieur le Directeur, quelques-unes des plaies qui rongent le corps médical, et qu'il faudrait bien arriver à guérir. D^r Q.

—S'il existe un syndicat dans la Côte-d'Or, il aurait bien des motifs pour entrer en fonctions. Des circulaires du bureau auraient plus d'efficacité que les poursuites. A. C.

A propos d'un conseil de révision.

Monsieur le directeur,

Le nommé X.... atteint depuis 2 mois 1/2 d'un panaris du pouce droit, vient me consulter au mois de mai 1888.

Suppuration abondante entretenue par la phalangette qui a perdu ses attaches articulaires et est devenue pour le doigt un véritable corps étranger. Extraction très facile et presque sans traction de la phalangette tout entière à travers un des orifices fistuleux. Dix jours après, la cicatrisation est complète. L'ongle est conservé.

Voilà le fait. — Voici les conséquences.

Ce jeune homme, qui a tiré au sort au mois de janvier 1889, vint me demander, quelques jours avant le conseil de révision, dans quelle situation le plaçait son infirmité vis-à-vis du recrutement. Après avoir consulté « *l'Instruction sur les maladies, infirmités, ou vices de conformation qui rendent impropres au service militaire*, approuvée par le Ministre de la guerre le 27 février 1877, je vis parmi les maladies, infirmités susceptibles de faire déclarer l'exemption...............................

22° *Maladies des membres*............ *Les mutilations des doigts, consistant pour la main droite, dans la perte du pouce ou d'une de ses phalanges, etc.*

Le droit à l'exemption me paraissant nettement établi, je délivrai un certificat au sieur X... constatant qu'au mois de mai 1888 j'avais assisté à l'élimination complète de la phalangette du pouce droit dans le cours d'un panaris; et par surcroît, j'engageai l'intéressé à présenter, à titre de pièce à conviction, la phalange elle-même pour bien montrer qu'il ne s'agissait pas d'une élimination incomplète.

J'avais compté sans la rapidité obligée de ces examens : le Médecin-major ne regarda pas plus la phalange que le certificat et déclara X.. bon pour le service.

Vous plairait-il de m'indiquer à quelle juridiction ce jeune homme doit s'adresser pour faire réformer cet arrêt ?

Après cet incident, j'ai parcouru les instructions adressées aux médecins-experts, et j'en

transcris quelques-unes qui intéresseront peut-être vos lecteurs.

« .... Le sentiment du devoir le plus « absolu, la probité la plus sévère, l'intérêt com- « biné de la société, de l'armée et de l'individu « doivent ne cesser jamais de les inspirer, et rester « chez eux étroitement liés à la connaissance pro- « fonde de la pathologie interne et externe, des « maladies spontanées et provoquées, des mala- « dies simulées et dissimulées. Ils ne perdront ja- « mais de vue que les maladies internes sont gé- « néralement les plus graves, les plus difficiles à « reconnaître, que ce sont elles qui augmentent « la mortalité, encombrent les infirmeries et les « hôpitaux aux dépens du Trésor et des effectifs « valides.

« A ces divers points de vue, ils procéderont à « leur examen avec prudence et avec le plus grand « soin, en recourant à l'emploi de *tous les mo-* « *yens d'exploration* que fournit la science...... « etc... ».

Mais hélas !

Sunt verba et voces, prætereaque nihil.

Et pourrait-il en être autrement quand en *moins d'une heure* (durée de la séance où s'est passé le fait sus-mentionné), on oblige un médecin-major à se prononcer sur la validité de 107 conscrits, plus 20 ajournés des années précédentes.

Vingt-cinq secondes par homme !!.

Les instructions que nous avons transcrites en partie sont conçues dans un tel esprit qu'elles doivent satisfaire les plus exigeants, demandons qu'on permette enfin à nos confrères militaires de les suivre en leur accordant pour leur examen tout le temps dont ils ont besoin,

Les conseils de révision ne visitent chaque jour qu'un seul canton, pourquoi ne pas accorder pour cet examen la journée tout entière ? Le médecin militaire pourrait ainsi recourir à *l'emploi de tous les moyens d'exploration que fournit la science.*

De cette manière on laisserait de côté une foule de non-valeurs, qui encombrent les infirmeries dès leur arrivée au corps, partagent leur temps par moitié entre le congé de convalescence et l'hôpital, pour aboutir au bout d'un an ou plus à un congé de réforme sans avoir fait un jour de service utile.

Les Allemands, gens pratiques, en agissent autrement. Un de leurs journaux nous apprenait récemment que « le ministre de la guerre, tenant compte des observations qui ont établi une corrélation évidente entre la rétraction thoracique et le développement de la phthisie pulmonaire, vient de prescrire aux médecins militaires de mesurer *chaque mois une fois* le périmètre thoracique des soldats récemment incorporés.

Toute recrue qui ne présentera pas une circonférence thoracique égale à la moitié de la longueur du corps, et dont la poitrine ne se développera pas sous l'influence des exercices physiques sera réformé afin de ne pas être exposé à contracter la tuberculose au régiment, et à la transmettre ensuite à ses camarades de caserne.

Recevez,

Signé : Dr Y.

à L... le 28 mai 1889.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des Médecins de la Loire-Inférieure.

Réunion générale du 29 janvier 1889.

Présidence de M. le Dr PORSON.

M. le Président prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Confrères,

Votre Association syndicale vient d'achever sa cinquième année, et elle ne possède pas encore son état civil. Nous eussions souhaité que l'année ne se terminât pas sans que nos gouvernants nous donnassent la consécration officielle à laquelle nous avons droit et que nous réclamons en vain depuis plusieurs années. Mais, hélas ! nous voyons constamment fuir la réalisation de cette espérance avec les votes lointains encore de la Chambre et du Sénat. Nos Chambres ont d'autres soucis, la politique les absorbe, et pendant ce temps nos intérêts, comme bien d'autres, restent en souffrance.

Cependant ne nous plaignons pas trop, car si cette reconnaissance officielle tarde à venir, nous vivons néanmoins et nous agissons en tant que syndicat, tant notre existence a sa raison d'être et s'impose d'elle-même. Cela doit nous consoler et nous permettre d'attendre des jours meilleurs.

Le compte rendu de votre secrétaire vous montrera en effet, Messieurs, que toutes les questions soumises à vos délibérations ont eu une solution, grâce à nos bons rapports avec l'autorité préfectorale, la Mairie et les Tribunaux de Nantes. Tous les représentants des différents pouvoirs se sont montrés pleins de sollicitude pour nous et nous devons les en remercier.

Depuis notre dernière réunion générale, plusieurs faits d'exercice illégal de la médecine ont été signalés au parquet de Nantes par votre bureau. Aussitôt dénoncés, ces faits ont été l'objet d'enquêtes des plus actives et chaque fois que le délit a pu être constaté, les coupables ont été poursuivis.

Deux d'entre eux ont été condamnés, l'un, le nommé Baudrier, Jean, rue des Hauts-Pavés, à Nantes, le 23 juillet dernier, pour trois contraventions, à trois amendes de cinq francs ; l'autre, le fameux rebouteur Moreau, de Pont-Rousseau, subissait vendredi dernier sa sixième condamnation depuis 1869. Mais cette dernière est de beaucoup la plus importante de toutes ; le délit se compliquait de la complicité d'un confrère, M. Lihoreau, de Pont-Rousseau, officier de santé. Le tribunal correctionnel a infligé du même coup onze amendes de quinze francs chacune au rebouteur, et, ne pouvant faire mieux, la loi sur l'exercice de la médecine ne l'armant pas davantage, il a flétri la conduite du confrère indigne qui n'a pas craint de trafiquer de son titre et de partager les bénéfices du rebouteur. Mais écoutez, Messieurs, les considérants du jugement, ils valent la peine d'être lus en entier et d'être consignés dans nos annales :

« Considérant que le Tribunal ne saurait évidemment poser en principe qu'un citoyen qui se bornerait à aider un médecin dans l'exercice de sa profession et sous sa direction, commettrait une contravention d'exercice illégal de la médecine ;

Qu'il faut même reconnaître qu'un homme dans la situation particulière de Moreau, c'est-à-dire condamné déjà pour exercice illégal de la médecine, peut parfaitement, sur la demande d'un médecin, lui prêter son concours pour pratiquer des opérations, mais à la condition qui n'existe pas dans la cause, que le médecin ait véritablement la direction et l'initiative des soins à donner et que sa présence ait au moins été de-

mandée par les malades, qu'en un mot, il soit au moins aux yeux de ceux-ci, véritablement chargé de diriger les opérations médicales ;

Que cette situation n'est pas celle du procès ;

Que tous les témoins, malgré leurs réticences étudiées qui démontrent leur ardent désir de disculper le prévenu, ont reconnu qu'ils ne connaissaient pas Lihoreau, et n'avaient jamais entendu s'adresser à lui, mais à Moreau.

Que le mari de l'une des femmes entendues à l'audience a déclaré, le 8 décembre 1888, devant M. le Commissaire aux délégations judiciaires, sous la foi du serment, que Moreau, appelé par lui, était venu vers le 13 août avec un jeune homme qu'il croyait être son fils ;

Que cette déposition, complétée sur ce point par celle de sa femme, démontre que les malades ne se préoccupaient pas de la personne qui accompagnait Moreau et ne songeaient même pas à se demander si elle était ou non médecin ;

Qu'il résulte même de la déclaration du sieur Ouary entendu par la gendarmerie, que ce témoin a dit à Moreau qu'il n'avait pas besoin du monsieur qui l'accompagnait et que, tenant compte de cette observation, Moreau est venu seul quelques jours après ;

Que l'ensemble des débats et les réponses mêmes de Moreau qui a déclaré qu'il voulait céder sa clientèle au médecin démontrent que c'est Moreau qui exercait véritablement son art de rebouteur et que le médecin, loin de diriger les opérations, affectait quelquefois, comme l'atteste le témoin Ouary, de consulter Moreau et de lui laisser l'initiative et la direction des opérations;

Qu'on doit par suite reconnaître que ce médecin, laissant de côté toute dignité professionnelle dans un but intéressé, a assisté Moreau non au point de vue de soins à donner, mais pour permettre à Moreau déjà condamné trois fois pour exercice illégal de la médecine, de braver et violer la loi ;

Qu'il résulte par suite de l'ensemble des débats que Moreau a commis les contraventions d'exercice illégal de la médecine en donnant ses soins :

Premièrement, en mars 1888, au jeune Ouary (Jean), à Montbert ;

2° En juin 1888, à la femme Gruau, de Chantenay ;

3° En juillet 1888, au sieur Dugast (Jean), à Saint-Philbert-de-Bouaine ;

4° A la même époque, au sieur Hegron (Eugène), au même lieu ;

5° En août 1888, à la dame Guinoiseau, de Nantes ;

6° En août 1888, à Pierre Boulet, de Port-Saint-Père ;

7° En août 1888, à la femme Gaudin, du Bignon ;

8° En septembre 1888, au sieur Brazeau (Guillaume), de Rezé ;

9° En septembre 1888, au jeune Havard (Paul), de Rezé ;

10° En septembre 1888, à Jean Tessier, de Saint-Mars-de-Coutais ;

11° En septembre 1888, à Charles Petit, de Saint-Mars-de-Coutais ;

12° En octobre 1888, à la femme Mounier, de Rezé ;

13° En octobre 1888, au jeune Edouard Letou, de Nantes ;

14° En octobre 1888, à Philomène Lamotte, de Rezé ;

15° En novembre 1888, à la femme Binet, du Pont-Saint-Martin ;

Que ces faits constituent des contraventions prévues par les articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI ;

Qu'en ce qui concerne la récidive relevée par le ministère public en raison de laquelle ce magistrat demande l'application de peines d'emprisonnement, le Tribunal estimant que la plus lourde responsabilité relativement à la fraude à la loi qui donne à l'affaire un certain caractère de gravité incombe au médecin Lihoreau, ne croit pas devoir prononcer une peine corporelle. »

Le tribunal a jugé avec sagesse et son jugement montre mieux que tous les raisonnements la lacune qui devra être comblée dans la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, en ce qui concerne le trafic des titres conférant le droit à l'exercice de la médecine.

Avec la municipalité nous avons dû traiter la question du service des Médecins de nuit, dont tout l'honneur de la création revient à notre premier président du syndicat, M. le docteur Berneaudeaux. Le fonctionnement de ce service laissait sous certains rapports à désirer ; nous avons trouvé M. le Maire de Nantes tout disposé à écouter nos réclamations. Il y a fait droit ; quelques modifications vont y être apportées, une publicité plus grande lui sera donnée par les soins de la municipalité, et ce service plus connu de la population nantaise ne laissera plus rien à désirer.

M. le Préfet du département vient, lui aussi, de nous donner une nouvelle preuve de sa bienveillance. Votre syndicat, pensant qu'il devait s'engager dans la voie déjà suivie dans plusieurs départements par des sociétés médicales du genre de la nôtre, en ce qui concerne l'assistance médicale des indigents, a décidé qu'il ne suffisait pas d'étudier dans ses séances cette question si intéressante, il a demandé à l'autorité préfectorale de vouloir bien constituer une commission départementale chargée officiellement de cette étude et d'en soumettre les résultats aux pouvoirs publics.

Je suis heureux de pouvoir vous apprendre aujourd'hui que nos démarches ont complètement abouti. Cette commission va être constituée prochainement.

Elle sera composée de médecins pris, sur notre demande, dans nos associations, et d'après une liste composée par vous dans notre dernière séance, de membres du Conseil général, du Conseil municipal, du Bureau de bienfaisance, de l'Administration des Hospices civils de Nantes, de l'Administration préfectorale et d'un Pharmacien du département.

Nous avons demandé et obtenu que l'élément médical y fût en majorité ; de plus, que cette commission eût une existence indéfinie et permanente, de façon à pouvoir mener à bonne fin sa tâche dans un avenir plus ou moins éloigné et à pouvoir recueillir constamment les vœux et les réclamations du corps médical, qu'ils viennent de nos sociétés ou des médecins isolément. N'est-ce pas, Messieurs, un résultat considérable que celui-là et dont notre syndicat peut être fier à bon droit ?

Le Ministre de l'Intérieur lui-même, dans la reconstitution du Conseil supérieur de l'Assistance publique, n'a-t-il pas voulu montrer toute l'importance qu'il attache aux syndicats médicaux, en y faisant entrer deux des nôtres, M. le docteur Lardier, président du syndicat des Vosges, et M. le docteur Gibert, premier président de l'Union des syndicats ? N'est-ce pas en même temps reconnaître à nos sociétés l'existence légale que nous a refusée la Cour de cassation ?

Vous voyez, Messieurs, que j'avais raison de dire, en commençant, que notre existence n'a rien de précaire et qu'elle peut attendre tranquillement la reconnaissance officielle.

Et pourtant, à considérer l'indifférence de tant de jeunes confrères qui tardent à venir à nous, ne dirait-on pas que nous sommes encore à donner des preuves de notre utilité ? Que de bien il y aurait cependant à faire, que d'améliorations à apporter dans notre profession à l'aide de ces deux leviers puissants, l'Association de prévoyance et de secours mutuels et l'Association syndicale ! Mais on est habitué à une sorte de passivité qui ne comporte aucun tracas, ou bien on se demande à quoi peut bien être utile un syndicat, sans se donner la peine de chercher à connaître ce qu'il a pu faire depuis sa création. A ce propos, une lacune va être comblée. Dans une de vos dernières séances, vous avez décidé que chaque année votre bureau publierait un bulletin des travaux de l'année et qu'il serait adressé à tous les médecins du département. Chacun d'eux pourra ainsi juger notre œuvre en toute connaissance de cause. Nous verrons alors, je l'espère, nos rangs grossir plus rapidement que dans cette dernière année, où, pour deux demandes nouvelles d'admission, celle de M. Heuzé, de Guémené-Penfao, et celle de M. Harel, de Saint-Nazaire, j'ai le chagrin d'enregistrer la perte d'un de nos membres les plus dévoués, M. le docteur Benoist, de Saint-Nazaire.

Vous venez d'entendre au sein de l'Association de prévoyance et de secours mutuels l'éloge mérité que son président vient de faire de ce regretté confrère ; Benoist était en effet un des membres les plus fervents de nos associations. Il fut des premiers à venir à nous et à nous apporter ses encouragements et les conseils de sa vieille expérience, lorsque nous eûmes à Nantes l'idée de fonder le syndicat des médecins de la Loire-Inférieure.

Benoist laissera parmi nous le souvenir d'un homme de bien, d'un médecin aimant avec passion sa profession et l'honorant par son dévouement sans borne à ses malades et à ses confrères. Aussi avons-nous tenu, répondant en cela à votre désir, à nous joindre, pour représenter le syndicat à ses funérailles, au président de l'Association M. le docteur Berneaudeaux, qui au nom des deux sociétés a bien voulu adrssser à Benoist un dernier adieu sur sa tombe.

Je termine, Messieurs et chers Confrères, en vous rappelant qu'à la fin de cette séance, suivant l'article 12 de votre règlement, vous aurez à procéder au renouvellement de votre bureau. Personnellement, je vous serai très reconnaissant de vouloir bien me désigner un successeur. L'année dernière, je n'ai pas cru devoir me soustraire à l'honneur que vous m'imposiez; cette année je demande à rentrer dans les rangs, persuadé de l'utilité qu'il y a pour l'avenir de notre Société à ce que chacun de nous se succède à sa présidence.

(*A suivre*).

Erratum : Le Bulletin du dernier numéro me fait dire :

« J'ai reçu comme *ami* et non comme médecin.» C'est comme *maire*. Personne ne s'y méprendrait mais je préfère une rectification.

Dr Lecuyer, (de Beaurieux).

REPORTAGE MÉDICAL

Assistance publique. — Nous apprenons que, par arrêté en date du 31 mai dernier, M. le Ministre de l'Intérieur a accordé une promotion de classe à M. Fleury, inspecteur départemental de l'Assistance publique du Cher.

Tunisie. — Le gouvernement tunisien a interdit le pélerinage à la Mecque à *cause de la peste qui règne* dans le Djeddah.

La vaccine au Portugal. — La vaccination et revaccination de toutes les recrues a été ordonnée par décret. Les jeunes soldats sur qui la vaccine semblera ne pas prendre seront soumis à des revaccinations répétées jusqu'à ce que l'inoculation soit suivie de résultats positifs.

Falsification des denrées allemandes. — Un des tribunaux de l'empire allemand a condamné à une amende de 7.500 fr. un négociant de Giessen, convaincu d'avoir vendu sciemment du safran falsifié par l'addition de 25 % de baryte. Ce jugement a été rendu après audition des experts qui avaient déclaré que la substance ajoutée au safran n'était pas nuisible par elle-même.

Un institut anti-rabique à Londres. Il a été question, ces temps derniers, de construire à Londres un institut anti-rabique. M. Pasteur consulté à ce sujet par le lord Maire, aurait conseillé d'en donner la direction au Dr Ruffer.

M. Ruffer est docteur de l'Université d'Oxford, mais c'est un Français, beau-frère de M. le professeur Bouchard.

Concours d'agrégation d'anatomie et de physiologie. Ce concours s'est terminé la semaine dernière par les nominations suivantes :

Faculté de Paris : MM. Retterer (agrégation d'anatomie) et Gley (physiologie).

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour une place d'accoucheur du bureau central vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Bonnaire.

La fièvre typhoïde à Mexico. — La fièvre typhoïde continue à sévir d'une manière particulièrement intense à Mexico, à Guanajuato et à Toluca. L'affection présente un caractère suraiguë et affecte une marche si rapide qu'on la désigne sous le nom de « typhus fulminant ». Dès le début, on note de l'hyperthermie et de la cyanose et la mort survient souvent au bout de quarante-huit heures.

Il règne une épidémie de fièvre jaune à la Vera-Cruz.

Service de santé militaire. — Mise en non activité pour erreur de diagnostic. — Le Ministre de la guerre a prononcé la mise en non-activité par retrait d'emploi du médecin-major de 1re classe Bienvenu qui, étant venu visiter un soldat (affaire des brimades de Caen, malade de mauvais traitements qu'il avait subis de la part de ses camarades), porta comme diagnostic : aliénation mentale. Cette mesure de rigueur date du 29 avril dernier.

L'achèvement de l'Ecole de médecine. — Au cours de la discussion du budget de l'Instruction publique M. le Dr Bourneville, député de la Seine, a appelé l'attention sur la lenteur avec laquelle on procède à l'achèvement de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris. Bien que le gouvernement ait tenu à se disculper, il n'est pas moins exact qu'il reste encore de vastes locaux inachevés et pour lesquels il est impossible de déterminer, même approximativement, la date à laquelle ils pourront être entièrement terminés.

L'hygiène de la vue. — On s'est aperçu que l'emploi du papier rayé, avec des lignes bleues, généralement usité pour la confection des cahiers d'école, est très préjudiciable à la vue ; il serait cause, paraît-il, d'un affaiblissement graduel de la vue.

Si ce fait est reconnu exact par le conseil d'hygiène, l'usage de ce papier serait interdit.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Carles (Alfred), de Nice, présenté par M. le docteur Carles (Gaëtan), de Clermont (Meuse).

M. le Dr Hugues (Alfred), de Fleurie (Rhône), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Des injections de liquide testiculaire comme moyen de rajeunissement.

La communication de M. *Brown-Séquard* à la Société de biologie dont nous avons parlé a excité à la fois l'intérêt et l'étonnement, la critique ; en tout cas elle a fait grand bruit. Elle a franchi les limites de la presse médicale et égayé les feuilletonistes. L'âge avancé de l'honorable physiologiste était un texte tout trouvé de plaisanterie. M. Brown-Séquard ne s'est pas laissé émouvoir par tout ce bruit et il va continuer ses expériences ; mais dans une seconde communication il a tenu à expliquer les points qui auraient pu sembler obscurs dans la première. Les méchantes langues disent qu'il a aggravé son cas.

On se rappelle que l'expérience avait consisté à s'injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané un liquide provenant de la trituration des testicules de jeunes animaux. L'expérimentateur avait constaté sur lui-même l'effet merveilleux de ces injections. Il était intéressant de savoir si les bons effets persisteraient après leur suppression. Pour s'éclairer à ce sujet, M. Brown-Séquard a cessé de s'injecter le 4 juin dernier et, malgré cela, il n'avait rien perdu le 15 juin, de la vigueur physique et intellectuelle qu'il avait récupérée sous l'influence de ces injections. Il vient de faire deux voyages sans la moindre fatigue, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

Les preuves que l'activité de la sécrétion spermatique et la vigueur physique et psychique sont des choses connexes, abondent ; M. Brown-Séquard cite à ce propos l'anecdote suivante, qui ne manque pas de piment.

« Je fus un jour consulté, dit-il, par deux hommes qui avaient dépassé l'âge mûr ; l'un avait cinquante-huit ans, l'autre soixante-cinq, tous deux se plaignaient d'une perte prématurée de leurs forces. Ils n'usaient que très modérément des plaisirs vénériens. Leurs organes étant en bon état, je leur conseillai de se livrer une ou deux fois la semaine à la masturbation, mais à une masturbation incomplète non suivie d'éjaculation, quoique suffisante pour provoquer quelques spasmes vénériens. Sous l'influence de ces pratiques, ces deux honorables personnes, l'une avoué, l'autre ancien notaire récupérèrent une partie de leurs forces physiques et intellectuelles. »

A quoi attribuer ce résultat si ce n'est à la résorption par l'organisme des *produits de sécrétion de la glande spermatique* ? M. Brown-Séquard pense que toutes les glandes du corps humain sécrètent, en dehors des produits que certaines d'entre elles déversent au dehors, des substances qui modifient et transforment le sang. — Ce que les expériences de l'auteur semblent prouver pour les testicules pourrait parfaitement s'appliquer à l'ovaire. Il ne serait pas étonné que, chez la femme, l'injection d'un liquide provenant de la trituration des ovaires fût suivie des mêmes effets que l'injection d'un liquide provenant de la trituration d'un testicule chez l'homme. M. Brown-Séquard ne pouvant, et pour cause, expérimenter dans ce sens, fait donc appel à nos confrères féminins, Mesdames les doctoresses en médecine. Bien qu'elles n'aient pas les mêmes raisons que M. Brown-Séquard pour désirer se rajeunir, il en est cependant qui peuvent être tentées de faire l'expérience. Quant à l'exemple de l'avoué et du notaire, il est scabreux à conseiller.

Mortalité des enfants originaires de Paris, placés en nourrice en province.

M. *Lédé*, inspecteur du service des nourrices, a communiqué à l'Académie des chiffres qui attestent une fois de plus que la mortalité des enfants du premier âge diminue depuis l'application de la loi du 23 décembre 1874. (Loi Roussel).

En 1885, 20.000 enfants environ sont placés en

province ; une fiche individuelle a été faite pour chaque enfant. Les résultats ci-dessous ne se rapportent qu'à 5.819, placés dans les départements suivants : Aisne, (804) ; Eure-et-Loir, (1489) ; Loiret, (1296) ; Seine-et-Oise, (1480) ; Yonne, (750).

En ne s'occupant que des enfants placés à l'âge de 1 à 15 jours, M. Lédé constate que sur 1.241 enfants légitimes, destinés à être élevés au sein, 401 ont été repris avant d'avoir atteint leur première année ; sur les 840 restant, 229 sont morts, soit 25,19 %. 1.407 enfants ont dû être élevés au biberon ; 297 ont été repris, 224 sont morts, soit 44,52 %.

Dans les mêmes conditions la mortalité des enfants illégitimes a été : pour les enfants élevés au sein, 35,14 % ; pour ceux élevés au biberon, 39,81 %.

En somme, les enfants élevés au sein donnent une mortalité de 29,44 % ; ceux élevés au biberon 47,85 %.

M. Lédé conclut qu'il est nécessaire de restreindre l'élevage au biberon dès la naissance et de l'interdire absolument quand il doit être continué longtemps.

Sur le lavage du péritoine.

M. le Dr *Delbet* a institué sur cette question des expériences qui ne sont pas intéressantes seulement au point de vue physiologique, mais qui comportent des applications à la chirurgie pratique.

Quand on fait passer dans la cavité péritonéale de 4 à 5 litres d'un liquide coloré et colorant sous une pression de 90 centim. et de façon à ce que le liquide puisse facilement ressortir, on voit que tous les organes pelviens et abdominaux ont été lavés depuis le petit bassin jusqu'au foie. Le lavage a donc été complet.

Après ce lavage, il reste toujours dans le péritoine, malgré la pression exercée sur l'abdomen pour l'en faire sortir, une quantité de liquide qui varie de 120 à 500 grammes. Le liquide restant n'occupe pas exclusivement la capacité du petit bassin ; on en trouve toujours une certaine quantité dans les fosses iliaques et dans les fosses lombaires.

Le lavage péritonéal n'a aucune influence notable ni sur la respiration, ni sur la circulation et, par conséquent, ne saurait exposer à aucun danger de ce côté. La température du liquide est à peu près indifférente. Le froid ou le chaud appliqués sur le péritoine déterminent des actions réflexes bien moindres que lorsqu'ils sont appliqués sur la peau.

Dans les vingt ou trente premières minutes qui suivent le début du lavage, la quantité d'eau contenue dans le sang augmente de 1.82 à 1.65 %. L'augmentation d'eau serait donc de 16 à 18 grammes par kilogramme de sang : ce qui donnerait pour la masse de sang de l'homme, qu'on estime en moyenne de 5 kilos, une augmentation totale de 90 grammes d'eau.

L'hydratation du sang, après avoir été notablement augmentée au début de l'expérience, ne tarde pas à diminuer pour se rapprocher du taux normal, même lorsqu'il reste encore de l'eau dans le péritoine. Ce fait tient à ce que l'absorption de l'eau par le péritoine ne constitue pas une fonction dans le sens physiologique du mot, c'est une simple propriété de tissu. Comme telle, elle est contingente, accidentelle, et cela est si vrai que, dans certaines circonstances qu'on peut artificiellement produire, le péritoine, loin d'absorber, transsude. On pouvait donc concevoir que, par suite de l'hydratation du sang qui se produit au début du lavage, la faculté d'absorber du péritoine étant supprimée et qu'il y avait un moment dont on pouvait profiter pour faire passer dans le péritoine des substances toxiques.

L'expérience a vérifié complètement cette hy-pothèse : on peut laver le péritoine avec une subs-tance très toxique, le sulfate de strychnine par exemple, sans aucun danger, il suffit pour cela de faire précéder le lavage toxique d'un lavage avec une solution de chlorure de sodium à 7 0/0 et de débarrasser ensuite la cavité péritonéale de l'excès de substance toxique. La connaissance de ce procédé est importante puisque, grâce à lui, les chirurgiens pourront laver le péritoine avec des solutions antiseptiques, ce qu'ils n'avaient pas osé faire jusqu'ici.

Pouvoir diurétique de tous les sucre[s]

M. *Dujardin-Beaumetz* a contrôlé les expérien-ces de M. G. Sée sur le pouvoir diurétique de la lactose. Les malades de son service ont éprou[vé] les effets signalés par M. Sée. Mais en outre M. Beaumetz a découvert qu'en administrant la gly-cose à la même dose il obtenait des effets diuré-tiques aussi intenses qu'avec la lactose.

Pour administrer la glycose, M. Beaumetz [...] dissoudre ce sucre dans le lait. Or, on pour[rait] dire que le lait a provoqué lui-même des ef[fets] diurétiques ; il n'en est rien. En effet, les ma[la]des auxquels il administrait la glycose dans [le] lait étaient depuis longtemps soumis au rég[ime] lacté sans en éprouver aucun effet diurétique.

Ces effets diurétiques ne seraient donc pas spé-ciaux à la lactose et on les rencontrerait ap[rès] l'usage de toutes les substances sucrées. Ce[tte] conclusion du reste était déjà indiquée dans [le] travail de M. Sée.

La glycose, à la dose de 100 gr. par jour, [ne] passe pas dans les urines ; elle est détruite. [Ce]pendant d'une manière générale, la lactose [est] préférable à la glycose ; on pourrait craindre, [en] effet, que la glycose ne finît par passer [dans] les urines et par provoquer de la glycosurie, [pas]sagère il est vrai, mais dont cependant on [ne] peut affirmer le pronostic.

En résumé, toutes les substances sucrées, [la] lactose, la glycose produisent des effets di[uréti]ques, à la condition toutefois que le rein soi[t en]core en état de fonctionner.

Inconvénients produits sur l'ouïe par l'[usage] de la téléphonie.

Toute nouvelle conquête de l'homme a ses [in]convénients. Chaque fois qu'une industrie nou[]velle est créée, on crée aussi une nouvelle [mala]die professionnelle. Voici, d'après M. Gell[é, le] danger pour l'intégrité de l'ouïe des emp[loyés] des téléphones. Le savant auriste a observ[é des] accidents du côté de l'appareil auditif qui [sont] attribuables tantôt à ce que les sons télé[phoni]ques sont trop éclatants, trop rapprochés de l'[or]gane auditif, tantôt à la fatigue due à l'att[ention] nécessitée par ce mode particulier de tra[nsmis]sion des impressions sonores. Dans tous les [cas] on doit admettre une certaine prédisposition n[er]veuse, et sans doute aussi on doit tenir com[pte]

jusqu'à un certain point d'un état pathologique secondaire ou préexistant de l'organe que l'on rencontre quelquefois pour expliquer l'effet produit.

Dans une observation de M. Gellé il s'agit d'un homme de grande intelligence dont les occupations exigeaient un constant labeur intellectuel et surtout l'audition de communications téléphoniques très fréquentes.

Il en était résulté un état d'excitation nerveuse, d'hyperesthésie de l'ouïe et de l'oreille réceptrice surtout, tel que les sons causaient du vertige et des bourdonnements, et avaient amené la persistance de sensations vertigineuses inquiétantes. C'était certainement un surmenage de l'attention générale et surtout de l'attention auditive, d'où l'énervement et les troubles mentaux que le repos fit cesser.

Dans un autre cas, il s'agit d'une jeune fille employée aux correspondances téléphoniques dans un grand établissement ; son oreille s'affaiblit assez rapidement et devint le siège de bourdonnements assourdissants, d'une hyperesthésie remarquable, : l'audition devint douloureuse.

A cette époque le signal d'une transmission à opérer était donné par une sonnerie brusque, aiguë, amenée par un téléphone à l'oreille de l'employée. Le choc brutal de cette brusque émission ou décharge sonore tout près de l'organe auditif avait fini par affoler la jeune fille ; cela lui causait du bourdonnement, de la douleur, du vertige et avait fait naître un état d'émotivité qu'elle n'avait pas auparavant. Ce son résonnait longtemps après dans la tête ; et le travail de la jeune fille devint un supplice insupportable tant l'hyperexcitabilité de l'oreille qui recevait le signal était extrême. De tout cela, elle fut soulagée en grande partie par la cessation de l'emploi.

Il est clair que cette jeune fille de 22 ans était nerveuse, impressionnable ; mais elle n'avait aucune manifestation autre de maladie nerveuse. De plus, la localisation des troubles de l'ouïe, des douleurs et de l'hyperesthésie sensorielle, et enfin de l'affaiblissement de l'audition d'un seul côté ; — celui que blessait à tout moment le choc sonore du signal — tout cet ensemble d'affections latéralisées montre bien que le trouble avait été d'abord local et auriculaire, et que l'état nerveux d'émotivité était secondaire.

Il y a dans ce choc sonore du signal transmis par le téléphone, une action traumatique, dont la moindre lésion otique préexistante doit accroître l'effet et la nocuité. Or, avec la douteur, l'ouïe douloureuse, l'hyperesthésie, le bourdonnement, les névralgies, etc., l'observateur trouve souvent des états subinflammatoires de la caisse du tympan, qui peuvent ainsi s'être développés sans doute sous la même influence.

Une fois la lésion établie, l'ouïe est facilement blessée. On doit donc rapprocher les effets nuisibles de ces bruits téléphoniques de ceux qu'on a signalés depuis longtemps chez les individus qui vivent auprès de machines à chocs bruyants et chez lesquels on trouve les lésions les plus nettes du tympan et de la caisse, et les manifestations les plus graves, telles que souffrances, névralgies sans fin, bruits formidables énervants, surdité extrême, état vertigineux chronique.

Appareil de transmission et appareil sensitif sont à la fin également atteints, et le système nerveux général subit aussi l'effet du choc sonore traumatique.

Procédés de recherche du sucre dans l'urine. Rareté de la glycosurie normale.

Dans une récente discussion sur la pathogénie du diabète à l'Académie, certains orateurs ont semblé admettre qu'un certain degré de glycosurie pouvait exister fréquemment à l'état physiologique. Cette affirmation était peut être un peu aventurée; car deux habiles chimistes, MM. *Yvon* et *Berlioz*, qui ont sur l'analyse des urines une vaste expérience, viennent de lire à l'Académie une note sur la recherche du sucre dans les urines, et leurs conclusions restreignent singulièrement la portée de l'opinion avancée par les orateurs académiques auxquels nous faisons allusion ; le réactif employé par ceux qui trouvent la glycosurie si fréquente, la phénylhydrazine, a été la cause de l'erreur en question. Parmi les procédés proposés pour la recherche du sucre dans l'urine, la fermentation n'est pas un procédé clinique, elle ne donne pas toujours du reste des résultats satisfaisants ; l'examen polarimétrique constitue surtout un procédé de dosage. Restent les réactifs chimiques, très nombreux et parmi lesquels il convient de faire un choix.

Celui auquel Berlioz et Yvon donnent la préférence est la liqueur de Fehling, dont la limite de sensibilité est très grande. En effet elle permet en opérant directement sur l'urine, de déceler le sucre contenu dans la proportion de 0,50 pour 1,000, et concentrant ce liquide, on peut reculer encore cette limite ; mais il faut alors prendre quelques précautions.

Si après avoir fait agir sur une urine la liqueur de Fehling, en se conformant aux méthodes ordinaires, le mélange reste limpide avant et après refroidissement, on peut conclure à l'absence du sucre ; si au contraire il se manifeste une réduction, mais qu'elle ne soit pas suffisamment nette et qu'il reste des doutes sur la présence de la glycose, on opère de la manière suivante : 1° On mélange dans un tube à essai 2 parties d'urine et 1 partie de liqueur, et on porte à l'ébullition : s'il y a du sucre il se forme un enduit jaunâtre assez fortement adhérent aux parois ; et le mélange prend une teinte jaune-verdâtre.

Si la réduction ne paraît pas suffisamment nette, on répète l'essai, mais en employant 3 ou rarement 4 parties d'urine pour 1 de liqueur ; on doit bien mélanger.

MM. Yvon et Berlioz ont inutilement recherché le sucre dans l'urine normale, et la présence de cet élément n'est pas aussi fréquente qu'on peut le croire : en effet sur 10,650 urines *suspectes* examinées ils ont seulement rencontré 2,777 urines sucrées, soit 26,07 pour 100.

Quant au mode de recherche du sucre basé sur l'emploi de la phénylhydrazine, il faut le ranger parmi les plus douteux ; lorsque l'urine ne renferme qu'une petite quantité de sucre, la réaction est très longue à se produire, et fait parfois défaut ; par contre les auteurs l'ont obtenue avec des urines ne renfermant pas de sucre.

L'œsophagisme d'origine nasale.

Nous avons publié diverses revues sur les réflexes d'origine nasale. Il convient d'après le Dr *Joal* (du Mont-Dore), d'ajouter à la liste certains spasmes œsophagiens. L'auteur commence par

répondre à des critiques qui ont été formulées contre l'abus de ce genre de réflexes. Quantité de faits établissent que dans certains cas l'asthme, la toux, la migraine, le vertige, l'aphonie, le spasme glottique, l'hypochondrie, la perte de la mémoire, l'acné de la face, etc., etc., pouvaient se manifester sous l'influence d'une lésion de la membrane pituitaire, et disparaître en même temps que l'affection nasale soumise à un traitement approprié. Les observations ont même été rapportées en si grand nombre, que le doute et la méfiance sont entrés dans l'esprit de certains critiques qui ont cru devoir pousser des cris d'alarme, et ont cherché à enrayer le mouvement en faveur de la nouvelle doctrine.

C'est ainsi que le Dr Lermoyez a écrit ceci : La pathologie du nez a fait dans ces dernières années un grand pas, un trop grand pas, peut-être. Depuis cinq ans, les rhinologistes entassent inventions sur découvertes ; pas une semaine ne se passe sans un mémoire qui relate quelque nouveau méfait de la pituitaire, pas un jour sans une observation qui mettra à son actif quelque trouble dont on n'eût certes pas imaginé chercher la cause en cette endroit. Le nez devient envahissant, le nez devient immense, le nez menace d'engloutir toute la pathologie. Au nom du progrès, on tenaille, on coupe, on brûle méat, cornets, cloison, et dans cet immense autodafé la muqueuse saine ne trouve même pas grâce devant les opérateurs qui y portent le feu pour en modifier la structure. Cela se passe heureusement en Allemagne. »

M. Joal proteste contre les critiques de Lermoyez, il défend la légitimité de la théorie des réflexes nasaux et ajoute :

L'œsophagisme est souvent d'ordre réflexe, et a pour point de départ une affection de la gorge ou du nez. Le spasme œsophagien peut avoir une origine amygdalienne : hypertrophie de l'amygdale palatine, cautérisation de l'amygdale linguale.

Les accidents spasmodiques peuvent résulter d'une maladie du naso-pharynx.

L'œsophagisme doit prendre place parmi les névropathies d'origine nasale, et comme l'asthme, la toux, le vertige, la migraine, etc., il est provoqué par une excitation réflexe partant de la muqueuse nasale.

L'existence de l'œsophagisme nasal est nettement établie par neuf observations que M. Joal a réunies. Il ressort de ces faits, que la rhinite hypertrophique préside ordinairement au développement des symptômes dysphagiques ; or, cette rhinite peut tenir à des causes locales ou éloignées. Parmi ces dernières, il faut citer les affections de l'estomac, de l'intestin, des organes génitaux, qui dès lors interviennent comme facteurs étiologiques dans la production de l'œsophagisme.

L'hystérie ne paraît pas avoir d'influence, comme cause prédisposante. Sur les neuf malades, huit appartenaient au sexe masculin, et aucun d'eux ne présentait la moindre manifestation hystériforme.

L'hypochondrie accompagne fréquemment l'œsophagisme, sans qu'il y ait relation de cause à effet entre ces deux affections. Ce sont deux névropathies d'origine nasale, indépendantes l'une de l'autre. L'arthritisme, au contraire, prédispose à l'œsophagisme comme aux autres névroses d'ordre nasal.

Le rétrécissement spasmodique a pour siège la partie supérieure de l'œsophage.

Le traitement curatif doit être rhino-chirurgical.

REVUE DE CHIRURGIE

I. Traitement électrique des fibrômes utérins. — II. De l'intervention chirurgicale chez les cardiaques. — III. De la thyroïdectomie. — IV. Des ostéites typhoïdiques. — V. Exploration du conduit auditif et de l'oreille moyenne.

I.—TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DES FIBROMES UTÉRINS

M. *Lucas-Championnière* vient d'ouvrir à la Société de chirurgie une discussion sur cette intéressante question : il déclare avoir obtenu de bons résultats de ce mode de traitement, qui paraît agir plus efficacement qu'aucune des autres méthodes médicales dans certains cas où la chirurgie est impuissante ou insuffisante.

Au point de vue symptomatique, les métrorrhagies disparaissent très rapidement et en peu de temps l'état général s'améliore. On observe cette amélioration non seulement chez les femmes atteintes d'hémorrhagies vraies, mais encore chez celles qui ont des ménorrhagies et chez lesquelles les règles se régularisent avec diminution de la douleur.

La douleur ressentie dans la marche, dans la station debout, disparaît aussi promptement.

Le sentiment de pesanteur est toujours notablement modifié : au bout de 3 ou 4 séances, la marche devient plus facile. Il faut noter en même temps une diminution rapide du volume de la tumeur, la suppression de l'écoulement liquide inter-menstruel et une amélioration considérable de l'état général.

Quant au volume de la tumeur, il diminue très vite ; cette diminution est due à la décongestion de la tumeur, à la décongestion des parties périphériques, à l'affaissement des intestins et peut-être aussi à la disparition d'exsudats inflammatoires périphériques. Cette diminution de volume bien constatée par l'effacement des bosselures et la perception nette du col utérin, ne se maintient pas si le traitement est suspendu ; le fibrôme tend à reprendre son volume.

Le grand mérite de ce traitement, c'est d'atténuer les symptômes, mais ce résultat n'est obtenu que progressivement ; aussi est-il nécessaire de prolonger le traitement qui est fastidieux et exige beaucoup de patience de part et d'autre ; il ne doit être interrompu que momentanément sous peine de voir la tumeur reparaître avec des accidents.

L'influence de l'électricité peut être vraiment radicale, lorsque les sujets ne sont pas très éloignés de la ménopause ; c'est alors que l'on peut espérer le retrait définitif de la tumeur. En combinant ce traitement avec l'emploi des eaux chlorurées, on obtient les résultats les plus remarquables.

M. *Bouilly* est loin d'être aussi enthousiaste ; sans contester d'une façon absolue la valeur du traitement électrique et tout en reconnaissant qu'il y a lieu de tenter l'électricité, lorsqu'on n'a rien de mieux à sa disposition, M. Bouilly pense qu'il faut, dans l'étude des résultats obtenus par l'électricité, tenir grand compte de l'évolution

spontanée des fibrômes. Il n'est pas rare, en effet, de voir les douleurs et les hémorrhagies qui avaient subi une notable exacerbation s'éteindre presque spontanément ou sous l'influence d'un traitement quelconque; de même, il survient parfois dans la tumeur des modifications rapides qui sont de nature à induire en erreur sur la valeur des moyens thérapeutiques que l'on a employés. Ce fait se présente très fréquemment au moment de la ménopause, période à laquelle le volume des corps fibreux et les accidents qui les accompagnent peuvent, en quelques mois, passer par deux phases successives d'augmentation et de diminution. M. Bouilly en a observé un grand nombre de cas et a souvent vu les douleurs et les hémorrhagies s'améliorer sous l'influence de divers traitements, tels que le repos, les injections d'eau chaude, les piqûres de morphine, etc.

Cependant il est certain que dans nombre de cas l'influence du traitement galvano-caustique est manifeste. MM. Schwartz, Kirmisson, Segond, Berger, Le Dentu rapportent des observations indiscutables qui montrent qu'à la suite du traitement, il y a une atténuation ou une disparition des douleurs et des hémorrhagies et une amélioration générale. M. Le Dentu pense que la méthode galvano-caustique constitue à titre palliatif une méthode thérapeutique que l'on aurait tort de ne pas utiliser ; il est difficile de savoir actuellement si elle deviendra applicable et fructueuse dans les cas de fibrômes moyens et petits.

Le Prof. Trélat, qui excelle à résumer les discussions, rappelle, avec M. Bouilly, que très souvent à de certains moments, les fibrômes subissent des variations extrêmes ; cependant il est manifeste qu'il y a plus qu'une coïncidence entre l'emploi de l'électricité et l'amélioration qui survient. Dans les 7 cas qu'il a soumis au traitement électrique, M. Trélat n'a jamais eu d'accident sérieux et a obtenu de bons résultats thérapeutiques, les uns relativement aux symptômes, les autres par rapport au fibrôme lui-même.

En un mot l'amélioration a porté, dans trois cas, sur les épiphénomènes et dans trois autres cas, sur le volume de la tumeur qui a notablement diminué. Aussi, d'après M. Trélat, toutes les fois qu'il n'y aura pas de contre-indications, il pourra être avantageux d'avoir recours aux courants électriques, d'autant plus que cette méthode n'expose à aucune perte de sang et à aucun accident. C'est ainsi que peu à peu on arrivera à déterminer dans quelles conditions et dans quelle mesure elle est capable de procurer le plus de succès.

II. — De l'intervention chirurgicale chez les cardiaques.

M. Pluyette (de Marseille) a adressé à la Société de chirurgie une observation d'anévrysme artériel du coude, qu'il a opéré par l'incision chez un jeune homme de 28 ans, cardiaque et albuminurique ; les suites de cette opération prouvent que l'on peut intervenir lorsqu'il y a nécessité, chez les cardiaques et les albuminuriques, sans crainte de voir l'opération échouer et les lésions primitives s'accroître.

M. Quenu déclare à ce propos qu'il a pu, sans aucun accident, anesthésier et opérer certains cardiaques ; de même M. Terrier est partisan de l'emploi du chloroforme chez les cardiaques et estime que les lésions du cœur sont bien rarement une contre-indication à une intervention active et même à une intervention radicale.

III. — De la thyroïdectomie (1).

C'est une étude très complète de cette opération que présente notre ami le Dr H. Chrétien, dans sa thèse inaugurale : il rappelle que c'est seulement en 1880 que, sous l'impression favorable produite par les statistiques allemandes, les chirurgiens français prononcèrent la réhabilitation de la thyroïdectomie.

En 1882, J. Reverdin découvre le myxœdème opératoire, syndrôme grave, qui reconnaît pour cause la suppression complète des fonctions du corps thyroïde. Dès lors, l'extirpation totale de la glande est interdite au nom de la physiologie, si ce n'est dans des circonstances exceptionnelles. A l'extirpation partielle adoptée par presque tous les chirurgiens s'ajoute, en 1886, un procédé opératoire déjà décrit par Porta, de Pavie, il y a quarante ans. Cette méthode, préconisée par Socin sous le nom d'énucléation ou d'extirpation intra-glandulaire, consiste à enlever la tumeur en respectant le parenchyme thyroïdien qui l'enveloppe.

Tandis que l'extirpation totale doit être réservée à peu près exclusivement aux tumeurs malignes, les hypertrophies partielles, les kystes, les goitres adénomateux circonscrits relèvent de l'extirpation incomplète, et surtout de l'énucléation glandulaire.

Outre les accidents communs à toutes les plaies, la thyroïdectomie est suivie quelquefois de modifications de la voix plus ou moins durables. Elle se complique également surtout chez la femme de tétanie, d'hystérie et de troubles cérébraux.

Les tumeurs qui se développent aux dépens des glandes thyroïdes accessoires sont naturellement justiciables de l'extirpation totale. Leur ablation ne présente de difficultés que dans quelques cas rares d'ectopie intra-trachéale.

Grâce à l'application rigoureuse des doctrines antiseptiques et aux progrès de l'hémostase, la thyroïdectomie, jadis si meurtrière, donne aujourd'hui d'excellents résultats.

IV. — Des ostéites typhoïdiques (2).

M. Ed. Schwartz, ayant eu l'occasion d'observer deux cas d'ostéites dans le décours de fièvres typhoïdes, rappelle que ces ostéites typhoïdiques ne sont pas connues depuis longtemps. C'est Keen le premier qui a attiré sur elle l'attention dans une lecture faite en 1878 à Washington.

C'est surtout pendant la convalescence des formes graves de typhus abdominal, plus rarement pendant le cours de la maladie, qu'on observe les ostéites ; c'est généralement après la troisième semaine, plus fréquemment du premier au deuxième mois qu'elles apparaissent.

Keen a donné la statistique suivante :

10 fois au bout de 15 jours.

27 fois au bout de la troisième et de la sixième semaine.

10 fois au bout de plusieurs mois.

Une cause prédisposante essentielle, c'est l'enfance et l'adolescence pendant la période de croissance des os; toutefois l'ostéite typhoïdique at-

(1) Th. Paris, 1888.

(2) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 6 juin 1889.

teint aussi bien les individus dont les os sont déjà soudés.

L'inflammation qui se développe dans la moelle sous-périostique ou dans la moelle interstitielle des os se résout ou bien aboutit tantôt à une simple hyperostose, tantôt à la suppuration avec ou sans nécrose. Cette dernière n'est pas très fréquente et généralement les séquestres sont très petits; c'est quand l'ostéite s'attaque aux os à tissu compact, comme les os longs, que l'on observe plutôt la nécrose; l'ostéite suppurante sans séquestre s'observe de préférence sur les os spongieux (rotule, sternum). C'est surtout sur les os des extrémités inférieures que les lésions se sont développées le plus souvent. Il n'est pas rare d'observer des poussées successives sur divers os, soit presque simultanément, soit à quelque temps d'intervalle.

Ce qu'il y a de remarquable dans les ostéites typhoïdiques, c'est la superficialité des dégâts et leur peu d'étendue. Toutes les fois que l'on a décrit des ostéites étendues, diffuses et profondes, c'est qu'il s'agissait d'une ostéo-myélite à forme typhoïde et non pas d'une ostéite typhoïdique proprement dite. Celle-ci débute insidieusement; le malade sent de la pesanteur, de l'engourdissement douloureux dans une région: la douleur se localise, devient plus vive sans changement de couleur ni de tension de la peau et l'on sent un gonflement de l'os; l'affection peut s'arrêter là et rétrocéder seule ou sous l'influence d'un traitement approprié. Souvent elle va plus loin, les parties molles se prennent; il se forme un abcès qui s'ouvre seul ou est ouvert, qui siège sur un os non dénudé ou dénudé, ramolli ou dur; la lésion guérit encore seule ou il persiste une fistule. Une fois la fistule établie, si on n'y touche pas, la durée de la maladie est toujours très longue; souvent même, quand on est intervenu, il y a récidive. Aussi, bien que le pronostic soit presque toujours d'une grande bénignité, il doit être réservé, quant à la durée et à la récidive possible, même après une intervention.

Le traitement doit être d'abord prophylactique; c'est presque toujours quand les malades commencent à reprendre leurs occupations, après une fatigue exagérée ou après un léger traumatisme que survient la poussée osseuse. Aussi chez les individus jeunes à croissance rapide, il faut éviter, surtout après une fièvre typhoïde grave, les fatigues exagérées ou des exercices trop précoces.

Quand l'ostéite est déclarée, il faut prescrire le repos, les révulsifs durant la période phlegmoneuse; s'il y a une fistule ou plusieurs, peu de suppuration, on peut attendre et laisser à la nature le soin de guérir la lésion avec ou sans élimination de sequestre; ce n'est que si la suppuration est plus abondante, la région dangereuse, ou si le malade le demande que M. Schwartz conseille d'opérer par le grattage, la cautérisation, l'excision large des parties malades et de pratiquer, s'il y en a, l'extraction des séquestres.

V. — Exploration du conduit auditif et de l'oreille moyenne.

Notre excellent confrère, le Dr A. Jacob expose successivement, avec un véritable sens clinique les quatre manières différentes d'examiner le conduit auditif et l'oreille moyenne : exploration par l'éclairage (gaz, lampe, électricité, otoscope), exploration par la trompe d'Eustache, (cathétérisme), exploration par l'auscultation de l'oreille, exploration de la sensibilité auditive qui se peut faire à la voix, à la montre, à l'acoumètre, au diapason et à l'audiomètre, instrument spécialement construit pour obtenir des mesures exactes.

C'est à l'aide de ces divers procédés d'examen, en combinant les renseignements qu'ils fournissent, que le médecin peut arriver à faire le diagnostic et le pronostic des maladies de l'oreille.

Jacob applique ces données au diagnostic des affections de la caisse du tympan qu'il divise ainsi :

1° Les affections inflammatoires, qui sont l'otite catarrhale aiguë ou subaiguë et l'otite purulente.

2° Les affections de la chaîne des osselets proprement dites (engorgement péri-articulaire des osselets, et ankylose des articulations de ces os).

3° Les affections par transformations des éléments anatomiques (la sclérose de la caisse du tympan peut atteindre la totalité de la caisse ou une partie seulement; elle peut se localiser spécialement à la membrane du tympan ou envahir la muqueuse et de là se généraliser à la chaîne des osselets.)

4° Les déformations de la caisse par oblitération de la trompe d'Eustache.

Le défaut d'espace ne nous permet pas d'analyser complètement ce travail bien écrit et très instructif au point de vue de l'otologie pratique: Jacob insiste sur l'importance qu'il y a pour le médecin à être familiarisé avec cette branche de la médecine, en raison de la gravité du pronostic pour un certain nombre d'affections de l'oreille. « L'enfant qui devient sourd jusqu'à l'âge de huit ans, dit-il, est presque fatalement frappé de surdi-mutité. Celui qui reste demi-sourd ne peut poursuivre que dans des conditions spéciales les études qui sont le prélude de toutes les carrières. Un grand nombre d'entre elles se ferment devant lui. Pour l'adulte la surdité entraîne la perte des plus grandes jouissances de la vie sociale. Elle condamne l'homme à l'isolement au milieu de tous ».

RHINOLOGIE

Nouvelle méthode de traitement de la rhinite atrophique et de l'ozène.

(Suite et fin.)

Comment agit le traitement de Gottstein ? Le tampon d'ouate, en s'opposant au passage du courant d'air inspiré, s'oppose également à l'évaporation et au dessèchement de la muqueuse et surtout des sécrétions. Celles-ci deviennent humides. J'ai vu qu'elles diminuaient, mais comme je faisais faire en même temps des lavages, je ne sais si ceux-ci ne sont pas pour beaucoup dans cette diminution. Quoi qu'il en soit, abondantes ou non, elle perdent leur odeur; ce qui veut dire que les micro-organismes qui la causent ne sont plus dans de bonnes conditions de développement. Enfin je crois que les changements heureux dans l'aspect de la muqueuse sont dus non seulement à ce qu'elle ne se dessèche pas, mais encore à la légère irritation déterminée par le contact du tampon d'ouate, car ces changements m'ont

paru plus marqués dans les régions inférieures des fosses nasales que du côté du cornet moyen.

J'ai cherché à réaliser ces diverses conditions, en y adjoignant l'emploi des antiseptiques, et j'ai voulu :

1° Débarrasser *complètement* les fosses nasales des croûtes qui y sont accumulées.

2° Agir sur cette muqueuse avec un antiseptique puissant, produisant à la fois l'antisepsie et une légère irritation de la pituitaire.

3° Empêcher le dessèchement de la muqueuse et des sécrétions, tout en conservant au malade la possibilité de respirer par les deux narines.

Pour remplir la première indication, je fais faire, le matin, au lever, un grand lavage des fosses nasales avec de l'eau tiède additionnée de bicarbonate de soude. Après le lavage, on examine les fosses nasales, et on les débarrasse, à l'aide d'une petite pince à glissement connue sous le nom de pince auriculaire de Duplay, des croûtes que le lavage n'a pu chasser. On fait ensuite passer de nouveau une certaine quantité d'eau ; et on s'assure par la rhinoscopie soigneusoment faite, que les fosses nasales sont absolument nettoyées avant de passer à l'opération suivante.

On passe ensuite à l'antisepsie de la muqueuse. Je remplis cette indication à l'aide du naphtol camphré, récemment employé par le professeur Ch. Bouchard, puis par MM. Périer, Fernet, Ch. Monod, et d'autres encore, et qui leur a donné des résultats encourageants dans la diphtérie, les tuberculoses osseuse et bucco-pharyngée, le pansement des ulcères, etc. Ce corps se prépare en broyant ensemble dans un mortier une partie de naphtol pour deux parties de camphre. On obtient ainsi un liquide jaune rougeâtre, assez fluide, et miscible à l'huile en toutes proportions, qui est doué d'un pouvoir antiseptique considérable. Au lieu du naphtol β employé d'ordinaire, je me sers du napthol α, qui est plus antiseptique que le premier, et m'a aussi paru sensiblement moins irritant. A l'aide d'un pinceau très doux, de forme aplatie, et pouvant pénétrer facilement dans les différentes parties accessibles de la fosse nasale, je fais un badigeonnage de naphtol camphré. Ce badigeonnage est douloureux, lorsqu'il est fait avec le produit pur, mais comme celui-ci est soluble dans les corps gras, j'y ajoute une certaine proportion d'huile de vaseline, variable suivant la tolérance des malades. Aussitôt après le badigeonnage, la muqueuse devient très rouge, et saigne quelquefois si l'on ne prend la précaution de passer le pinceau très doucement. Le malade éprouve une forte sensation de piqûre avec irradiation nerveuse dans la région sous-orbitaire et vers les dents correspondantes. Mais ces sensations sont passagères, et disparaissent au bout de quelques instants. Elles sont d'autant plus marquées que l'on ajoute moins d'huile de vaseline au naphtol camphré. On peut, s'il est nécessaire, faire précéder l'application de naphtol camphré d'une application de cocaïne, mais je n'ai jamais eu besoin d'y recourir chez des adultes ou même chez des enfants de 12 à 15 ans. La douleur causée par ce badigeonnage antiseptique est d'ailleurs beaucoup plus vive au début que lorsqu'il a été déjà pratiqué un certain nombre de fois, et les malades semblent s'y accoutumer assez rapidement.

Pour empêcher le dessèchement de la muqueuse et des sécrétions, j'ai cherché à maintenir en permanence sur cette muqueuse uue légère couche d'un corps gras, non volatil, qui puisse la soustraire à l'action du courant d'air extérieur. J'ai utilisé à cet effet l'huile de vaseline, qui a l'avantage d'être inoxydable, et à laquelle on peut d'ailleurs ajouter des produits antiseptiques. On pourrait, bien entendu, utiliser d'autres substances oléagineuses. Mais il importe que l'huile employée mouille la plus grande étendue possible de la muqueuse, et comme les applications devront être répétés plusieurs fois dans la journée par le malade lui-même, on ne peut songer aux badigeonnages pour obtenir ce résultat. J'ai donc recours à la pulvérisation. L'huile peut être réduite en une poussière extrêmement fine, qui pénètre aisément dans toutes les anfractuosités des fosses nasales ; mais, en raison de la cohésion de ce liquide, on n'obtient pas toujours aisément le résultat cherché avec les pulvérisateurs de Richardson ordinaires. Les uns fonctionnent, tandis que les autres sont inutilisables, et les marchands ne se résignent pas facilement à en laisser faire l'essai avec de l'huile. Pour parer à cette difficulté, M. Galante a bien voulu construire, sur ma demande, des petits pulvérisateurs en verre, qui remplissent parfaitement le but. Ces petits pulvérisateurs sont à une seule boule, et la canule olivaire est construite de façon à s'adapter facilement à la narine. Pour employer ce pulvérisateur, le malade introduit la canule successivement dans chaque narine, et fait jouer l'appareil tandis qu'il émet à haute voix le son *hi*, soutenu pendant toute la durée de la pulvérisation. Il évite ainsi l'introduction de l'huile dans les voies aériennes inférieures. Deux ou trois pressions répétées sur la boule de caoutchouc, la canule étant dans une nariue, et la même manœuvre répétée, la canule étant dans l'autre narine, suffisent largement pour mouiller et enduire d'une mince couche d'huile toute l'étendue des fosses nasales et du pharynx nasal. Ces pulvérisations doivent être répétées à plusieurs reprises dans la journée, à intervalles réguliers et assez rapprochés. Pour celles qui sont faites dans la seconde partie de la journée, on emploiera avec avantage de l'huile additionnée de substances antiseptiques. On peut, par exemple, y ajouter du naphtol camphré dans la proportion très faible de 0,10 pour 1000. Parmi les substances antiseptiques, le salol camphré, produit analogue au naphtol camphré, et obtenu par la trituration de parties égales de salol et de camphre, m'a paru l'une des plus avantageuses. Comme le naphtol camphré, ce produit est miscible à l'huile en toutes proportions, et il a l'avantage de ne presque jamais causer, même lorsqu'on l'emploie pur en badigeonnages, aucune sensation désagréable sur la muqueuse du nez. Certaines essences autiseptiques, qui sont également solubles dans l'huile, peuvent encore trouver ici leur emploi.

On peut être obligé, au début du traitement, et lorsque les sécrétions sont très abondantes, de faire faire une seconde irrigation nasale avant le coucher et de nettoyer de nouveau les fosses nasales. On fait suivre ce lavage du soir d'une pulvérisation d'huile de vaseline antiseptique. Mais ce second lavage devient bientôt inutile. Souvent même le lavage du matin peut être bientôt supprimé. On remplace alors ces lavages par une inhalation, de 10 minutes ou 1/4 d'heure de durée de vapeur d'eau additionnée de teinture de ben-

join (uno cuillerée à café pour 100 gr. d'eau). Ce lait de benjoin est utilisé à l'aide de l'inhalateur à vapeur de Lee. Cet appareil, très ingénieux, m'a paru le meilleur à employer en pareil cas ; mais il exige un nettoyage attentif après chaque inhalation, lorsqu'on se sert d'une substance résineuse et tendant à obturer les orifices de la chaudière. Le malade se place devant l'appareil en marche, à distance suffisante pour ne pas se brûler, et inhale la vapeur qui s'en échappe, en respirant par le nez.

Bientôt aussi, et souvent même dès le début, on peut ne faire les badigeonnages au naphtol camphré que tous les deux jours, diminuer les doses, employer alternativement le naphtol camphré et le salol camphré. On pourra, en un mot, faire varier le traitement suivant les cas. Mais il est essentiel que les pulvérisations d'huile soient faites très régulièrement.

D'après mon expérience, tous les parties de ce traitement sont utiles dans le cas de rhinite atrophique avec ozène ; mais, lorsque l'ozène manque, on peut restreindre beaucoup l'emploi des antiseptiques ou du moins les doses employées. Les lavages alcalins et les inhalations de benjoin après les lavages, plus tard, ces inhalations faites sans lavages préalables, et toujours les pulvérisations d'huile de vaseline, constitueront le fonds du traitement.

Lorsque le pharynx nasal sera rempli de croûtes comme les fosses nasales, on devra évidemment s'occuper de l'en débarrasser ; on fera donc suivre la *toilette matinale* du nez de celle du pharynx nasal. Après avoir détaché les croûtes adhérentes à l'aide d'un porte-ouate courbe et s'être assuré par la rhinoscopie postérieure qu'il n'en reste plus, on badigeonnera énergiquement la muqueuse avec le naphtol camphré. Là, le naphtol camphré est beaucoup mieux supporté que dans le nez, et on peut même l'employer pur sans que le malade en souffre. On peut aussi employer la créoline, qui de même que le naphtol camphré, m'a donné aussi de bons résultats dans diverses variétés de catarrhe naso-pharyngien. J'emploie la créoline *pure* ; elle n'est pas caustique, elle est aisément supportée par les malades, et elle agit ainsi bien mieux qu'en émulsion dans l'eau. Qu'on se serve de naphtol camphré, de créoline pure, ou de salol camphré, il faut, à l'aide d'un porte-ouate approprié, frotter tous les points du pharynx nasal avec un petit tampon d'ouate légèrement imbibé de la substance antiseptique. Un simple badigeonnage ne suffit pas ; il faut une friction énergique, et s'il existe des cryptes ou des diverticules plus ou moins profonds, il faut autant que possible y faire pénétrer, en s'aidant du miroir, un stylet ouaté chargé de la substance antiseptique. Ces badigeonnages seront faits tous les jours ou tous les deux jours suivant les cas, et suivis de pulvérisations nasales d'huile de vaseline.

Lorsqu'il existe de la laryngite sèche, les inhalations de benjoin faites matin et soir rendront les plus grands services. Elles seront suivies de pulvérisations nasales d'huile de vaseline pure. Pour faire faire ces pulvérisations, on conseillera au malade, une fois qu'il aura introduit la canule nasale dans une narine, de sortir la langue hors de la bouche et de donner le son *un*. Cette manœuvre permettra à la poussière oléagineuse d'atteindre l'entrée du larynx.

Cette manœuvre m'a généralement suffi pour détacher les croûtes adhérentes au larynx, et je n'ai eu que rarement besoin de recourir au porte-ouate laryngien. Mais il faudrait l'employer de suite dans le cas de troublos respiratoires sérieux. S'il s'agissait d'un véritable ozène laryngo-trachéal, on pourrait employer l'huile de vaseline salolée, de préférence à l'huile pure.

On voit en somme que ce traitement, dont les pulvérisations d'huile constituent la partie la plus importante, diffère complétement de ceux qui ont été jusqu'ici conseillés contre la rhinite atrophique et ses complications. Grâce à ces pulvérisations, qui permettent, à l'aide d'une très petite quantité d'huile, de maintenir constamment les parties malades à l'abri de la dessiccation, on peut restreindre, sinon supprimer les grandes irrigations nasales répétées, qui débarrassent presque toujours incomplètement les fosses nasales des croûtes qui sont accumulées dans leurs parties supérieures, et le pharynx nasal de celles qui adhèrent à sa voûte. Il est vrai que la méthode exige l'intervention quotidienne du médecin qui doit lui-même nettoyer les fosses nasales et le pharynx nasal, mais cette intervention devient plus rare à mesure que l'état du malade s'améliore : l'amélioration est rapide. Ce traitement comprend l'emploi d'antiseptiques qui ont encore été peu employés dans la thérapeutique des fosses nasales, et l'adjonction de ces antiseptiques au camphre, qui est lui-même un désinfectant, permet de profiter de la volatilité de ce dernier, dont les vapeurs pénètrent dans toute l'étendue des fosses nasales et probablement même dans les cellules ethmoïdales et les sinus.

A. RUAULT,
Chef du service laryngologique à l'Institution nationale des sourds-muets.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Commentaires de la loi militaire (service de santé).

Dans votre n° 22 du 1er juin 1889, vous publiez des commentaires de la loi militaire (service de santé) par un aide-major démissionnaire.

Je crois devoir résumer ces réflexions par un mot : la nécessité urgente de régler l'avancement dans le corps de santé de la réserve et de la territoriale, et c'est à la presse médicale, qui a déjà réalisé par son action de grands progrès dans l'amélioration de l'exercice de la profession médicale, à s'occuper de ces nouveaux et importants intérêts professionnels.

J'appellerai, dans cette note, l'attention sur un point négligé jusqu'ici. Tous ou presque tous les docteurs en médecine arrivent à leur quarantième année avec le modeste grade d'aide-major de 2e classe et bientôt on les laissera avec ce même grade jusqu'à 45 ans ; si en cas de guerre, cet aide-major de 2e classe, âgé de 40 à 45 ans est blessé et atteint d'infirmité incurable, on lui donnera la minime retraite d'un sous-lieutenant de 20 à 25 ans ; s'il est tué à l'ennemi ou s'il succombe à une maladie épidémique ou à une affection contractée pendant la campagne, la veuve aura la modique pension de la veuve d'un sous-lieutenant pour élever sa famille. Eh bien ! à mon avis, voilà où est le grave défaut d'une non réglementation de l'avancement.

Pour justifier cette assertion que presque tous

les docteurs restent et resteront toujours, si on ne répare ce déni de justice, aide-majors de 2e classe, j'engage à consulter l'Annuaire militaire, on y verra que presque tous les docteurs nommés aides-majors de 2e classe après la promulgation de la loi de 1872 le sont encore aujourd'hui, après dix-sept ans, et il faut remarquer que la plupart de ceux nommés en 1872 étaient déjà antérieurement investis de ce grade en 1870 et ont fait la campagne : c'était en toute justice à ceux-là surtout qu'un certain avancement était bien dû.

Que la presse médicale agite cette question qui touche aux intérêts les plus chers de la profession par ces temps d'armements continuels des nations européennes, que chaque confrère qui s'intéresse à ces questions communique ses idées, et il sera facile alors de poser les bases d'une réglementation équitable de l'avancement et d'en demander l'adoption.

Docteur X.

13 juin 1889.

Très honoré confrère,

L'article passé le 1er juin sur la question des médecins civils, appartenant à la territoriale, m'a très étonné. Notre honorable confrère parle de donner sa démission, et de rentrer, en qualité de réserviste de 2e classe de la territoriale, dans le service des ambulances. Mais la chose est-elle possible ? Voici ce qui m'arrive, et j'ai beaucoup de mes confrères qui sont dans la même situation que la mienne :

J'ai eu 40 ans au mois de juillet 1888, je vais donc en avoir 41 dans quelques jours. J'ai fait, comme aide-major, la campagne de 1870, comme interne aux ambulances de la Société de secours aux blessés, toute la Commune, et, en 1875, on m'a octroyé le galon d'aide-major de 2e classe que l'on m'a libéralement laissé jusqu'à ce jour. Des centaines de confrères, plus jeunes, ont eu leurs deux galons, je n'ai pas eu cette faveur, mais, en revanche, on m'a mis dans un bataillon destiné à former un régiment de marche, avec d'autres bataillons de l'armée active, tandis que, dans le même régiment, des confrères, âgés de 10 ans de moins, restent au dépôt, et que, de tout jeunes gens sont attachés aux ambulances et hôpitaux sédentaires.

Je suis horriblement rhumatisant, et ai contracté, pendant la guerre, une entérite chronique, qui n'a pas disparu. Il m'est complètement impossible de monter à cheval, et de faire un service aussi actif que celui d'un bataillon de marche. J'ai fait valoir ces raisons, en ajoutant que, médecin en chef d'un hôpital de grande ville, je demandais à être installé dans une des ambulances qui seront certainement créées dans la localité que j'habite, ou dans une ambulance militaire. On m'a répondu : Passez au conseil de révision à quarante lieues de là. Que dirais-je à ce conseil ? Que j'ai des rhumatismes, qui m'empêchent de monter à cheval ? On me rira au nez. Et cependant, c'est la vérité.

Si la loi passe avant le 1er juillet, époque où je serais libéré avec l'ancien régime, je suis donc forcé jusqu'à 46 ans, de rester aide-major de 2e classe à la queue d'un bataillon actif. Avouez que c'est une situation pénible d'abord et ridicule vis-à-vis des confrères militaires.

Aussi, serions-nous heureux d'apprendre, plusieurs de nos confrères et moi, si vraiment il est possible de démissionner, et si l'on accepterait notre démission, car, non-seulement pour mon cas personnel, mais pour beaucoup d'autres analogues, la situation n'est plus tenable, et la répartition des places dans l'armée est faite, sans le moindre souci des aptitudes et de l'âge des médecins. Il devient, en effet, nécessaire, comme le dit justement l'auteur de l'article, d'y apporter un remède, ne serait-ce que pour sauvegarder l'amour-propre des praticiens dans ma situation.

Soyez donc assez bon pour étudier cette question, et je vous assure, très honoré confrère, que nous vous en serons des plus reconnaissants. En insérant ma lettre dans le journal, si toutefois vous le jugez convenable, je crois que nous nous attirerons d'utiles réformes et d'utiles renseignements.

Un vieil aide-major de 2e classe, vétéran de la guerre de 1870.

Réponse :

Cher confrère,

Il est pénible qu'un médecin de votre valeur et de votre situation, soit à l'âge de quarante et un ans médecin aide-major de 2e classe (sous-lieutenant) de territoriale ; c'est une anomalie qui ferait croire à un parti pris d'humiliation à l'égard des médecins civils.

Votre dignité professionnelle et personnelle vous fait un devoir de protester par votre démission motivée contre une situation intolérable.

La loi est formelle, tout officier ou assimilé a le droit de rendre ses galons par sa démission, surtout quand elle est appuyée sur des infirmités physiques. Je vous engage à l'envoyer au plus tôt au Directeur du service de santé de votre corps d'armée, elle sera immédiatement acceptée de droit. Alors vous solliciterez un emploi dans les ambulances des sociétés de secours aux blessés où vous trouverez un poste conforme à votre situation civile.

Médecin en chef d'un hôpital de grande ville, vous obtiendrez un poste de chef de service où vous serez au moins l'égal par le rang d'un médecin-major de 2e classe de l'armée active (capitaine). L'administration militaire n'a pas le droit d'y faire opposition, car tout officier territorial démissionnaire redevient (s'il a moins de 45 ans, nouvelle loi) simple soldat dans la réserve territoriale, il profite alors de l'article 6 ; le service de santé est obligé de l'autoriser à être employé aux ambulances, s'il est accepté par les Médecins en chef des sociétés de secours aux blessés.

Mais, permettez-moi de vous dire, cher confrère, que vous avez fait preuve d'un esprit d'abnégation, de patience, et de discipline militaire qui fait notre admiration, car bien des confrères dans votre situation eussent démissionné à 36 ans, contre ce misérable grade d'aide-major de 2e classe, indigne de votre âge et de votre valeur scientifique. C'est par des protestations nombreuses aussi justifiées que le corps médical civil réussira à obtenir la considération et le rang auxquels il a droit dans l'armée. Nos confrères militaires ont fait beaucoup pour nous depuis 1882, mais ils ont encore des luttes opiniâtres à soutenir en notre faveur auprès de l'autocratie des bureaux.

Un démissionnaire.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des Médecins de la Loire-Inférieure.

Réunion générale du 29 janvier 1889.

Présidence de M. le Dr PORSON.

(Suite.)

De nombreux applaudissements couvrent les dernières paroles de notre président, et lui prouvent combien son discours a été goûté ; combien surtout il a touché juste, en parlant des avantages qu'était appelés à rendre notre Société.

M. le Président donne ensuite la parole à M. le secrétaire pour lire son compte rendu annuel.

Messieurs et chers Confrères,

Le syndicat de la Loire-Inférieure, comme l'a dit notre Président, vient de terminer sa cinquième année et je dois vous faire aujourd'hui l'exposé sommaire de ses travaux pendant cette dernière période.

Tout d'abord, dans sa séance du 24 janvier, la Société a nommé les membres de son bureau. Ont été nommés : président, M. Porson ; vice-présidents, MM. Destez et Patoureau ; secrétaire-trésorier, M. Luneau ; *syndics, MM. Berneaudeaux, Joüon et Chachereau.*

Une seule démission s'est produite, celle de M. Gafé.

Plusieurs admissions ont été votées, celle de M. le docteur Heuzé, de Guémené-Penfao, celle de M. le docteur Harel, de Saint-Nazaire, et celles de MM. les Internes des hôpitaux de Nantes comme membres affiliés. Vos futurs confrères ont été reçus au sein de la Société, avec toute la sympathie qu'ils méritent. Ils ont vu sans doute, avec une perspicacité qui leur fait honneur, que l'enseignement actuel de l'École ne suffit pas à faire le médecin accompli ; que le jeune médecin, livré seul à lui-même dans la période qui suit la réception, se trouve quelquefois embarrassé au milieu des difficultés de la pratique et que nos syndicats sont une famille où se discutent, chaque jour, les usages médicaux et les questions d'honorabilité professionelle.

Le but de notre Syndicat commence, en effet, à être connu et ses fondateurs ne voient pas sans une légitime satisfaction que leur programme est accepté. « Établir des rapports permanents entre les médecins et leur apprendre à se connaître et à se protéger ; rendre nos relations aussi faciles que possible, en fixant quelques règles de conduite, librement acceptées par tous ; aplanir les conflits qui peuvent s'élever soit entre confrères, soit entre clients et médecins et soutenir ces derniers dans la légitime revendication de leurs droits ; améliorer la situation, tant individuelle que collective, des membres qui composent notre société, » c'est là, n'est-il pas vrai, le résumé de nos statuts. Honneur donc aux jeunes élèves qui ont suivi l'exemple de leurs maîtres et qui sont venus grossir nos rangs.

Notre Syndicat a perdu tout récemment un de ses membres, le docteur Benoist, de Saint-Nazaire, que la mort a surpris, encore plein d'activité et de dévouement, au milieu de ses occupations et de ses travaux de chaque jour.

Benoist était le modèle du bon confrère, du praticien laborieux qui ne se repose que dans la tombe. Son adhésion au Syndicat nous était parvenue dès la première heure. Il avait senti ce besoin, qui nous anime tous, d'améliorer notre profession, de créer au médecin une situation sociale digne de ses travaux, de lui réserver dans une vieillesse que lui-même, hélas ! ne devait pas connaître, une retraite honorable et enviée.

Dans une société *militante* comme la nôtre, Messieurs, le confrère qui déserte nos rangs nous afflige ; mais, lorsque la mort de l'un de nous survient, il semble qu'un vide se creuse irréparable et sans consolation.

Nos deux Présidents, le docteur Porson, président du Syndicat, et le docteur Berneaudeaux, notre président honoraire et président de l'Association locale, sont allés, en notre nom à tous, porter sur la tombe de Benoist un dernier et suprême hommage d'amitié. D'autres discours ont été sans doute prononcés pour louer les qualités du défunt ; aucun ne pouvait honorer plus dignement sa mémoire que les adieux de son ancien président et de ses amis.

Nous ne pouvons terminer l'histoire du personnel de votre Société, sans faire remarquer que plusieurs distinctions honorifiques ont été accordées à quelques-uns de ses membres.

M. Berneaudeaux a été nommé officier d'Académie. L'éloge de notre président honoraire n'est plus à faire ; aucune décoration, aucun honneur, de quelque nature qu'ils soient, ne peuvent désormais élever notre président à nos yeux. Nous ne lui faisons pas moins nos compliments pour cette décoration, qui est venue le chercher au milieu de ses occupations.

Le Syndicat de Nantes n'a pas été moins heureux en apprenant qu'un autre de ses anciens présidents, le docteur Teillais, venait de recevoir la croix de chevalier de la Légion d'honneur. Pendant trois années consécutives, M. Teillais a marché à notre tête ; aussi, dans la séance du 17 juillet, tous les membres présents ont acclamé sa nomination. Il semble, en vérité, que le titre de président du Syndicat porte bonheur à ceux que vous nommez.

Nous sommes heureux des distinctions qu'on leur accorde, car nous ne croyons pas nous avancer trop loin en disant qu'une partie de ces honneurs rejaillit sur l'institution qu'ils ont dirigée, à son début, avec tant de prudence et de savoir faire.

La première partie de notre tâche est terminée ; nous avons dit successivement la situation personnelle du Syndicat, nos deuils et nos joies.

Nous arrivons à la partie la plus ardue de notre tâche, à l'énumération des travaux de notre Société. Je serai forcément incomplet, car il n'y a pas un point de pratique médicale que votre Syndicat n'ait touché.

Ce qui caractérise surtout l'ensemble de vos occupations, dans cette année, ce sont les rapports constants que vous avez entretenus avec les administrations. Deux points principaux ont appelé vos soins vis-à-vis de l'administration départementale.

Les règlements caduques de l'an XI régissent encore l'exercice de la profession médicale dans ses rapports avec la loi et la jurisprudence. Les articles 26 et suivants sont fort négligés. Nulle part, l'inscription des diplômes n'est surveillée suffisamment, ce qui pourrait ouvrir la voie à de fâcheux abus. D'un autre côté, avant de poursuivre les rebouteurs et autres parasites de la profession, il est important de nous mettre tous en règle avec la loi. Sur votre demande, le Préfet de la Loire-Inférieure n'a pas hésité, et la vérification des diplômes a été opérée chez tous nos confrères. Un seul, hâtons-nous de le dire, était en contravention. Reçu officier de santé pour un département voisin, ce confrère a négligé de se présenter devant le jury de Nantes.

Votre Syndicat a été chargé par le Préfet d'une mission beaucoup plus difficile : d'étudier l'Assistance médicale aux indigents. Depuis longtemps déjà, les Syndicats de France ont pris l'initiative de cette réforme importante et peu à peu cette question a été mise à l'ordre du jour dans les Ministères, devant l'Association générale et à l'Assistance publique. L'Association générale a fait appel à tous les membres et a reçu d'eux, croyons-nous, des renseignements précieux qui peuvent servir de base à ce vaste travail. Mais, s'il est de toute justice que les médecins soient

appelés, enfin, à donner leur avis sur une question qui les touche de bien près, puisque c'est au prix de leur temps, de leur travail, de leur savoir, que les administrations font gratuitement la charité aux pauvres, il était nécessaire aussi de savoir sur quelles bases actuelles reposait le service aux indigents.

Dans une visite au Préfet, les membres de votre Bureau ont constaté que l'assistance médicale dans les campagnes était nulle ou presque nulle ; c'est-à-dire que, dans presque toutes les communes, le médecin de campagne assumait à lui seul la responsabilité de ce service, sans aucune rémunération pécuniaire inscrite au budget. L'abnégation du médecin ne peut aller jusque-là. Pauvre souvent lui-même, il ne peut s'engager à secourir tous les pauvres et, dans notre société actuelle, légère, insouciante, souvent ingrate, il passerait bientôt pour dupe et non pour bienfaiteur. L'Etat, la commune, nous en avons l'espoir, mettront un terme à cette situation.

Le Préfet de notre département, animé des meilleures intentions, a chargé votre Président d'étudier cette question au Syndicat. Une liste de noms, dressée par votre Bureau, lui sera soumise et cette commission départementale ne saurait tarder à se réunir.

De nombreux abus s'étaient glissés dans le fonctionnement du service médical de nuit, fondé à Nantes en 1884 sous les auspices de votre Syndicat. Sur les instances de votre Bureau, le Maire de Nantes s'est empressé de réformer ces abus.

On nous a même accordé deux choses importantes ; d'abord, qu'il fallait, en principe, faire une large publicité à ce service, trop peu connu dans notre ville ; ensuite, on nous a priés de vouloir bien encaisser au Syndicat les honoraires de tous les médecins de nuit. Le médecin de nuit devra donc, tous les trimestres, faire un relevé de ses visites et toucher ses honoraires à la caisse du Syndicat. Nous recommandons tout spécialement au trésorier que vous investirez de votre confiance, de profiter de ce moment pour recommander aux confrères du service de nuit, qui ne font pas encore partie du Syndicat, les avantages et les prérogatives de notre Société.

Le rôle bienfaisant et actif de votre Syndicat ne s'est pas borné aux questions générales dont nous venons de parler. Il a entrepris, depuis longtemps, une campagne contre les gens qui pratiquent illégalement la médecine: cette campagne, il la poursuit sans bruit, sans violence, mais avec une modération et une patience qui nous assurent tôt où tard le succès. Grâce à l'initiative de votre Président, le parquet s'est réveillé, cette année, de cette léthargie dont le corps médical entier se plaint. Il a poursuivi ; des condamnations sévères ont eu lieu, si sévères que l'un des confrères, associé dans le commerce d'un rebouteur célèbre, s'est assis près de lui sur les bancs de la police correctionnelle, le 23 de ce mois.

Je ne peux terminer cet article sur les rapports de votre Syndicat avec les pouvoirs publics, sans rendre un juste hommage au zèle infatigable, à la patience, au savoir-faire de votre président actuel. Il est parvenu à établir d'une façon définitive et régulière ces relations avec la Préfecture, la Mairie, les Tribunaux ; sans compter ni son temps, ni sa peine, apportant dans toutes ces questions une modération et une dignité dont nous ne saurions nous montrer trop reconnaissants, il a rendu notre Syndicat tellement indispensable au fonctionnement des services publics, que l'existence de notre Société est à jamais assurée.

Bien près de lui, à cette place, je ne peux cependant taire mon admiration et je vous convie à l'en remercier par votre approbation unanime.

J'ai fini tout à l'heure, Messieurs et chers Confrères, je crains vraiment de lasser votre bienveillante attention.

Pendant le cours de l'année, vous avez institué une commission pour étudier la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. Cette commission, composée de MM. Bernaudeaux, président, Chachereau et Luneau, secrétaires, après avoir discuté, dans plusieurs séances particulières, les différents articles de la loi, vous a donné le résultat de ses travaux en un long rapport qui a été approuvé à votre séance du 2 mars. Qu'adviendra-t-il de ce projet de loi ? Ira-t-il rejoindre, dans les archives des ministères, tous ceux qui ont surgi depuis cent ans ? Nous ne le pensons pas ; les Syndicats médicaux ont créé, dans le corps médical tout entier, une agitation salutaire.

La nouvelle loi n'est pas parfaite, à coup sûr ; mais elle nous donnera satisfaction sur des points importants.

Nous avons aussi l'honneur d'annoncer à tous nos confrères que le *livre noir* est enfin constitué.

Chaque sociétaire intéressé peut en tirer un exemplaire pour une somme modique. Il renferme déjà bien des noms, ce *livre noir*, monument de l'ingratitude de nos clients. Il donne à réfléchir au débutant ; il semble, avec le vieux praticien, répéter ce mot de Sénèque : « Jeune homme, vous vous plaignez d'avoir rencontré un ingrat ; si c'est le premier, vous devez en remercier la fortune ou votre prudence. »

Nous n'avons cité dans ce long compte rendu que les points principaux de vos travaux : nous n'avons pas mentionné les discussions qui se sont élevées au sujet des Sociétés de secours mutuels, le cas de responsabilité médicale pour certains certificats, les questions d'honoraires soumises à notre Bureau, les déclarations du médecin pour les naissances d'enfants naturels, les mesures d'ordre intérieur pour l'impression de ses annales et les convocations de ses séances, etc., etc.

Puisse cette simple analyse de vos travaux vous démontrer que votre Syndicat n'a pas rétrogradé, qu'il s'est maintenu dans les habitudes de travail et de dignité que lui ont données ses fondateurs et que son avenir est désormais bien assuré.

Le trésorier expose alors la situation financière, qui se solde par un excédent de recettes.

Ces deux derniers rapports sont approuvés par l'assemblée. M. le docteur Harel, de Saint-Nazaire, est reçu membre du syndicat.

M. le Président demande si nous devons envoyer des délégués au Congrès de Paris. La réponse par vote à mains levées est affirmative. — Les délégués sont nommés par acclamation : ce sont MM. Teillais et Luneau.

Un article additionnel au règlement du Syndicat est proposé et adopté. Il est ainsi conçu : « En cas de décès d'un sociétaire, les membres de l'Association qui en auraient connaissance devront en informer le président et le secrétaire, en indiquant le jour et l'heure de l'inhumation, pour que l'Association puisse être représentée au convoi du coufrère défunt. Le secrétaire fera les invitations aux membres de l'Association. »

M. le Président fait part d'une décision de M. le Maire relative au service de nuit. Les honoraires seraient désormais payés au commencement de chaque trimestre au trésorier du Syndicat. Le trésorier répartirait cette somme entre les médecins du service de nuit, au prorata de leurs visites. Chaque médecin devra établir, sur un bordereau trimestriel, les sommes qui lui sont dues. La limite de présentation de ces notes sera la quinzaine qui suivra le trimestre écoulé.

Plusieurs propositions, établissant une sanction à ce règlement contre les retardataires qui n'auraient pas présenté leur note en temps utile, sont écartées.

M. le président rend compte des démarches qu'il a faites près du préfet pour établir la liste de la Commission qui devra fonctionner cette année au sujet de l'assistance médicale aux indigents. Les membres présents, et en particulier M. Bernaudeaux, insistent auprès du Président pour demander à M. le Préfet l'adjonction à sa liste de nombreux médecins de campagne. M. le Président exposera ces vœux à M. le préfet.

Il est ensuite procédé au renouvellement du bureau pour l'année 1889.

Ont été nommés : président, M. Porson, par 17 voix sur 19 : vice-présidents : M. Destez, 17 voix, et M. Pastoureau, 16 voix ; secrétaire-trésorier : M. Luneau, par 18 voix ; secrétaire-adjoint (place créée dans la séance de ce jour), M. Pérochaud, par 15 voix : syndics (un syndic a été ajouté aux 3 autres, par décision de

ce jour), MM. Berncaudeaux, Chachereau, Jouon et Teillais.

La séance est levée à six heures.

Nous donnerons le rapport de M. le Dr Luneau dans un prochain numéro.

REPORTAGE MÉDICAL

Statistiques. — Il résulte d'un curieux relevé qui vient d'être établi pour être communiqué au conseil supérieur d'hygiène de France que, tandis que la population normale s'accroît en France avec une lenteur désespérante, le nombre des sourds-muets s'accroît dans des proportions quatre fois plus considérable, celui des aveugles augmente quatre fois et demi plus vite, celui des idiots cinq fois et celui des aliénés six fois.

Un des derniers relevés faits sur les causes de la mortalité à Paris établit qu'en l'année 1888 la moyenne des suicides s'est élevée à 407 par million d'habitants. C'est une proportion près de quatre fois plus grande qu'à Londres !

Pour la nouvelle école de médecine. — Le ministre de l'instruction publique vient de commander un certain nombre de bustes d'anatomistes qui doivent être placés dans les galeries de la nouvelle École. Ce sont ceux de Chaussier, Dubois, Méry, Winslow, Riolan, Tenon.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences, dans sa séance du 17 juin 1889 a élu membre de la section de chimie, en remplacement de M. Chevreul, M. A. Gauthier, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

La variole en Algérie. — L'état sanitaire à Mostaganem et dans les environs laisse beaucoup à désirer. La variole reparaît un peu partout. Le quartier de Tigditt en est infecté : plusieurs décès se sont produits pendant la semaine dernière à Bleymouth et Saint-Jules.

Les villages voisins ne sont pas épargnés : Tounine principalement, Pélissier et la Seïda ensuite.

Rivoli a été fortement éprouvé. Dans une même famille, deux frères de 17 et 21 ans sont morts.

Hôpitaux de Paris. — Dépôts mortuaires. — Il y a quelque temps, MM. Vaillant et Chauvin avaient déposé au Conseil municipal de Paris une proposition tendant à la création de dépôts mortuaires dans les hôpitaux. Le rapport présenté au nom de la 5e Commission le 7 juin dernier conclut à la non-adoption. Toutefois, sur la demande de M. Vaillant qui désire faire un nouveau rapport, l'ajournement est prononcé.

Crémation. — Lundi dernier, à onze heures ont eu lieu les obsèques de Khun Patibhan-Pichir, attaché à la légation de Siam. La crémation a été faite à l'aide d'un feu de bois, mais les travaux du second four à *oxyde de carbone* sont poussés très activement et il pourra être mis en œuvre d'ici à quelques semaines.

Clinique des Quinze-Vingts. — Concours pour une place de médecin-adjoint. — La date du concours primitivement fixée au 5 août est reculée et sera ultérieurement indiquée.

L'art. 8 de l'arrêté du 24 mai qui imposait au candidat désigné par le jury un stage de 6 mois est supprimé.

La limite d'âge de 35 ans ne sera pas maintenue.

Exercice illégal de la Médecine. — Dans son audience du 6 juin, le tribunal correctionnel de Toulouse a condamné le sieur R. à 60 fr. d'amendes pour exercice illégal de la médecine. Le sieur R., herboriste, se donnait la qualité de professeur au Val-de-Grâce.

La lèpre en Angleterre. — Il semble que la lèpre tende de plus en plus à s'acclimater en Angleterre.

L'Angleterre possède 20 lépreux et deux de ces malheureux ont été montrés à l'assemblée annuelle de la Société épidémiologique par le docteur Abraham. D'autre part, il paraît, d'après le docteur Thomas Thorne, que la lèpre s'accroît avec rapidité dans les Indes et qu'il est à propos de songer à prendre des précautions pour éviter une contagion menaçante.

Italie. — Le docteur Bareggi, de Turin, fondateur d'un établissement antirabique, s'étant écarté du système Pasteur pour adopter celui du médecin espagnol Ferran, a eu en quelques jours cinq morts parmi ses clients.

Devant ce résultat, il a déclaré revenir au système Pasteur, mais l'autorité a fait fermer l'établissement.

Suisse. — L'assemblée fédérale vient d'adopter la convention signée avec la France, relative à l'exercice de la médecine à la frontière des deux pays. Cette convention est semblable à celles qui ont été déjà conclues avec l'Allemagne, l'Autriche et l'Italie. Notons que, contrairement aux dispositions de ces dernières conventions, les médecins suisses en France ne devront pas délivrer eux-mêmes des médicaments, s'il y a une pharmacie dans la commune ; c'est conforme aux usages français et romands. Une annexe à la convention indique limitativement à quelles communes suisses et françaises elle s'applique ; de plus les deux États s'engagent à se communiquer chaque année la liste des médecins autorisés à pratiquer sur leur territoire.

BIBLIOGRAPHIE

Guide hygiénique et médical de l'Instituteur, par le Dr Delvaille, et le Dr Breucq, membres du Concours médical. — Paris, librairie Nathan, 18, rue de Condé.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Causes et caractères de la mort dans les théâtres incendiés.

M. Brouardel a consacré deux leçons fort intéressantes à l'étude de la cause et des particularités de la mort dans les théâtres incendiés en mettant à profit surtout les résultats de l'expertise à laquelle il a pris part lors de l'incendie de l'Opéra-Comique (1).

Un premier point mis en lumière, c'est que le danger existe surtout quand le feu prend dans les frises; là se trouvent accumulés les décors en réserve dont le tissu très analogue à la tarlatane est tendu sur des cadres de sapin, et des tapis à la surface desquels la poussière mêlée à l'eau que projettent les balayeurs forme une sorte de croûte sous laquelle séjourne une poussière sèche et inflammable comme de la suie. Dans les frises règne, pendant les représentations, une température habituelle de 60 à 70°, et le bois soumis à des alternatives de hautes et basses températures prend un état particulier, dit *bois roux*, qui le dispose tout spécialement à s'enflammer.

Si on l'allume et qu'on l'abandonne à lui-même, il brûle lentement et sourdement comme de l'amadou, mais si on vient à souffler dessus, il s'enflamme brusquement et se consume en quelques secondes.

Quand tous ces matériaux s'enflamment, l'oxyde de carbone se dégage en quantité colossale, par centaines de millions de mètres cubes, (car un kilo de bois peut donner plus de mille litres d'oxyde de carbone). Les ingénieurs des poudres et salpêtres ont estimé qu'une production aussi effroyable de gaz peut porter la température à 1800 ou 2000 degrés. En trois ou quatre minutes au plus la salle de l'Opéra Comique a dû être remplie d'oxyde de carbone. La cause de la mort a donc été l'asphyxie par les gaz toxiques ou l'influence de l'air surchauffé, mais il est très probable que personne n'a été brûlé vif.

Comme caractères de cette mort M. Brouardel signale d'abord l'absence de rigidité cadavérique; la peau dans les parties non couvertes était complètement noircie, mais, lorsqu'on la lavait, on la trouvait absolument rose en raison de la coloration rutilante que l'oxyde de carbone donne au sang, si bien que certains parents demeuraient convaincus que les leurs avaient simplement perdu connaissance. Le sang présentait les caractères spectroscopiques de l'intoxication oxycarbonée, le cœur était en diastole, les poumons congestionnés, quelques foyers hémorrhagiques existaient dans divers organes.

Ceux des cadavres qui ont été comburés, avaient subi une perte de poids considérable, de 21 à 35 kil.; un adulte ne pesait plus que 19 kilos.

La peau desséchée résonnait sous le scalpel comme du carton. Il est à noter que pendant la dessiccation la peau se rétracte dans le sens de la flexion des membres, si bien que les cadavres prennent, comme disait Devergie, « une posture de combat » qui a fait croire à tort, après certains incendies de théâtres, qu'il y avait eu une scène de pugilat entre les victimes. En cherchant à faire l'extension des membres, on produit au niveau des plis une section si nette qu'elle peut être comparée sans exagération à un coup de sabre ou de couteau, ce fait a une importance médico-légale; on a pu croire à des incendies commis avec préméditation pour cacher un meurtre. Cette section naturelle se produit toujours, à la cuisse, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs; au bras, à l'union du tiers supérieur avec les deux inférieurs.

Le crâne est fracturé par tension intérieure des liquides et diminué de volume au point que la tête d'un adulte peut être prise pour celle d'un

(1) *Bulletin médical*, 16 et 26 Juin

enfant. Le sternum est presque toujours défoncé, et la pointe du cœur s'engage par la fissure. Le cœur et les poumons sont rétractés.

Le sang est tantôt semi-liquide, à l'état grumeleux ; tantôt analogue à la matière grasse dont on se sert pour injecter les sujets à l'École pratique. Il est très important pour l'expertise de recueillir du sang liquide ; on en trouve toujours même dans les corps les plus calcinés dans la veine cave inférieure au confluent des veines sus-hépatiques. Le médecin du lieu de l'incendie, n'ayant pas en général de spectroscope en sa possession, recueillera avec soin ce sang dans des tubes de verre, afin de l'envoyer à la Faculté la plus proche où l'expertise pourra être faite sans inconvénient plusieurs jours après la mort.

Le cristallin est cuit (cataracte) et l'émail des dents détruit.

Il faut encore signaler les brulûres non par action directe de la flamme, mais par contact avec des objets de métal ou les parquets brûlants ; certaines brulûres par *léchage* des flammes ne touchent que le sommet des rides cutanées du visage que le patient produit par contraction instinctive des muscles ; la figure, sillonnée de lignes blanches et rouges alternatives, ressemble alors à un soleil de sacristie.

Comme précautions à recommander dans l'avenir pour atténuer les dangers des incendies dans les théâtres, M. Brouardel recommande la substitution de l'électricité au gaz dans toutes les villes où elle est possible, l'enduit des décors pour les rendre incombustibles, et l'organisation de cheminées d'appel au-dessus de la scène, les bouches d'air étant fermées simplement avec une mousseline à laquelle on laisserait un petit jeu et qui disparaîtrait au premier contact de la flamme.

Le chloroforme méthylique.

Récemment M. Regnauld appelait l'attention de l'Académie sur la composition chimique du chlorure de méthylène, agent anesthésique qui a surtout été vanté par sir Spencer Wells et par M. Le Fort. Après des recherches faites en collaboration avec M. Villejean, il montrait que ce prétendu chlorure de méthyléne n'était autre chose qu'un mélange de quatre volumes de chloroforme et d'un volume d'alcool méthylique. Il aurait sur le chloroforme ordinaire l'avantage précieux d'être inaltérable à l'air et à la lumière. En même temps, M. Regnauld conviait les chirurgiens à vérifier si l'on peut, comme l'affirmaient Spencer Wells et M. Le Fort, éviter avec ce pseudo-chlorure de méthyléne, les accidents qui accompagnent trop souvent l'emploi du chloroforme ordinaire.

M. *Polaillon* a eu récemment un cas de mort par le chloroforme, et dans ce cas l'arrêt du cœur a été le phénomène initial.

L'arrêt primitif du cœur, dit M. Polaillon, est la forme la plus rare et la plus grave de l'intoxication chloroformique. Ordinairement, ce sont les mouvements respiratoires qui cessent les premiers, tandis que le cœur continue à battre. Il suffit alors d'entretenir artificiellement la respiration pour que le chloroforme ait le temps de s'éliminer des centres nerveux et du bulbe, et pour que la vie puisse être conservée.

Les accidents de la chloroformisation sont certainement imputables, dans un certain nombre de cas, à une susceptibilité individuelle qui échappe à nos investigations les plus attentives, mais M. Polaillon ne veut pas admettre qu'il soit au-dessus de nos forces de les combattre et de les vaincre. Il ne peut se résigner à perdre des opérés par le chloroforme, et il recherche sans cesse une meilleure technique de la chloroformisation, une notion plus précise de ses contre-indications, un agent anesthésique plus sûr. Jusqu'à présent un chloroforme parfait, fidèle dans ses effets, exempt de danger en supposant une administration prudente, est encore à découvrir.

Le chloroforme méthylique du professeur Regnauld approche-t-il du chloroforme parfait ? Réalise-t-il, au point de vue de la pratique chirurgicale, un progrés sur le chloroforme ordinaire ?

M. Polaillon donne le résumé de 17 observations d'anesthésie avec le chloroforme méthylique chez la femme.

« En résumé, dit-il, sauf deux cas où l'anesthésie a été incompléte, les 15 autres cas ont été caractérisés par un sommeil très satisfaisant qu'on a pu prolonger facilement pendant un temps assez long, et même pendant 1 h. 22 m. Pour obtenir une anesthésie complète, il a fallu prolonger les inhalations pendant un temps qui a varié entre 7 et 22 minutes suivant les sujets. 5 malades ont vomi au moment du réveil, une pendant le sommeil, et ce vomissement a produit l'issue de l'intestin dans une laparotomie.

Le sommeil produit par le chloroforme méthylique est plus léger que celui du chloroforme ordinaire ; le réveil est plus facile ; le malaise est moins pénible.

Il résulte donc de mes observations que le chloroforme méthylique peut remplacer avec avantage le chloroforme ordinaire chez les femmes.

J'ai employé 10 fois le chlorure de méthylène chez l'homme :

Voici, en résumé, les résultats obtenus dans cette deuxième catégorie de cas. Dans 4 cas, il n'a pas été possible d'endormir le patient, bien que la chloroformisation ait été prolongée pendant [illegible] 25, 26 et 35 minutes. Dans un cas, au bout de [illegible] minutes, il y avait seulement de l'engourdissement de la sensibilité, mais pas d'anesthésie. Dans un autre cas, à la 23e minute, le patient a eu des accidents d'asphyxie qui ont obligé à faire la trachéotomie. Dans 4 cas seulement l'anesthésie a été complète, 1 fois au bout de [illegible] minutes, 3 fois entre 10 et 15 minutes. Enfin, parmi les 4 malades qui ont eu une anesthésie satisfaisante, l'un deux a vomi au moment du réveil. J'en conclus que chez les hommes, l'action du chloroforme méthylique est ordinairement très lente, que plusieurs sujets y sont rebelles, mais que le sommeil est paisible, une fois que l'anesthésie est obtenue.

La lenteur de l'anesthésie chez les opérés de l'un et de l'autre sexe n'est qu'un inconvénient sans grande importance lorsqu'elle ne dépasse pas 15 à 20 minutes. Si nous avons noté un sommeil incomplet dans quelques-unes de nos observations, c'est que nous n'avons pas attendu assez longtemps la période anesthésique. Mais l'inconvénient devient un défaut sérieux, lorsque l'anesthésie ne se produit pas au bout de 15 ou 20 minutes. Le patient déclare alors qu'il ne peut pas dormir, qu'il ne pourra pas dormir, qu'il va souffrir de son opération, il s'inquiéte et pendant cette période d'anxiété son courage s'affaiblit. Enfin, s

l'anesthésie ne peut pas avoir lieu, comme nous l'avons constaté 4 fois sur 10 chez des hommes, le chloroforme est entaché d'un vice redhibitoire.

La sécurité du chloroforme méthylique compense-t-elle sa lenteur ? Il faudrait un très grand nombre d'observations pour répondre à cette question. Pour moi, le chloroforme méthylique n'est certainement pas exempt de danger, puisqu'il a produit un commencement d'asphyxie chez un de nos opérés. Toutefois il m'a semblé que sous son action, la respiration et le pouls étaient réguliers et qu'ils causaient moins d'alertes que le chloroforme ordinaire ; je penche à croire qu'il est moins dangereux que ce dernier.

En définitive, si le chloroforme méthylique du professeur Regnauld a paru préférable au chloroforme ordinaire pour anesthésier les femmes, il lui est inférieur pour l'anesthésie des hommes. Il est loin de mériter les éloges que lui a décernés sir Spencer Wells quand il a dit : « Je n'ai jamais trouvé cet agent en défaut. » De sorte que, il y a entre l'identité chimique du chlorure de méthylène anglais et du chloroforme méthylique (4 volumes de chloroforme et un volume d'alcool méthylique) une inconnue qui reste encore à découvrir.

La mortalité de la chloroformisation, relativement minime, est encore trop considérable. Les chirurgiens appellent de tous leurs vœux les perfectionnements capables de l'atténuer. »

M. *Léon Le Fort* déclare que les accidents mortels par syncope peuvent se produire avec n'importe quel anesthésique et quelles que soient les précautions dont s'est entouré le chirurgien ; il ne saurait en aucune façon partager l'opinion des chirurgiens qui ont cru pouvoir affirmer que le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais.

Mais, à côté des accidents mortels, les anesthésiques déterminent souvent des incidents qui, sans mettre la vie en danger, n'en sont pas moins une très grande et sérieuse complication opératoire. Tel est le cas pour les vomissements qui, en cas de laparotomie, peuvent avoir pour résultat une hernie intestinale des plus dangereuses. Ces incidents ont paru augmenter de nombre et de fréquence depuis que le chloroforme est fabriqué avec des alcools venus du Nord, qui, la plupart du temps, contiennent d'autres alcools que l'alcool éthylique.

M. Le Fort se loue depuis 3 ans d'un corps qu'il fait venir d'Angleterre, et avec lequel Spencer Wells a pu faire 1000 ovariotomies sans accident ; ce composé, le méthyléne, est coûteux ; avec le liquide que M. Regnauld présente comme du chlorure de méthyléne il n'a pas obtenu d'aussi bons résultats.

M. Laborde n'a qu'à se louer aussi du liquide employé par M. Le Fort quand il anesthésie les chiens pour la physiologie expérimentale.

Purée de viande crue.

M. P. *Carles,* agrégé de la Faculté de Bordeaux, publie dans les *Nouveaux Remèdes* un procédé pour faire une purée de viande crue dont la saveur désagréable soit masquée sans que l'aliment prenne les allures d'un médicament.

Prenez une tranche de bœuf de 100 grammes environ, étendue sur un hachoir, et pendant que vous fixez solidement une de ses extrémités de la main gauche, raclez-la vivement de l'autre main avec le tranchant d'un couteau jusqu'à ce qu'elle ait été mise entièrement en pulpe.

Délayez alors cette pulpe à l'aide de quelques cuillerées de bouillon gras et forcez le tout à passer à travers un tamis de crin à l'aide d'une cuiller. De cette façon vous séparerez les débris de tendons et d'aponévroses (réputés nerfs en langage culinaire) qui sont une première cause de dégoût pour le malade et qui se montrent, du reste, réfractaires à la digestion.

Cette pulpe, délayée dans du bouillon gras, même convenablement épicé, est peu appétissante et n'est que temporairement supportée par les malades ; mais, au contraire, si on l'additionne alors de quelques cuillerées de purée FINE de lentille *ou mieux de pois*, son aspect et son goût sont tellement changés, que certaines personnes ont nié que cette purée contînt réellement de la viande crue.

La grande difficulté d'exécution consiste à donner à cette purée la température voulue au moment de la servir. On ne saurait, en effet, la porter directement sur le feu *sans la tourner*, c'est-à-dire sans coaguler les albuminoïdes et lui faire perdre du même coup son aspect normal et ses meilleures qualités digestives. L'intermédiaire du bain-marie est donc indispensable, même avec une agitation continue ; mais ce qui est plus simple, c'est de n'employer que du bouillon et de la purée de pois à 60 degrés et de chauffer à l'avance les récipients dans lesquels elle doit être servie. Au bout de deux ou trois séances la ménagère la moins habile surmontera facilement toutes ces difficultés.

Solutions de sublimé stables et non toxiques.

M. *Edouard Salomon* a communiqué à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences les formules suivantes qui, tout en conservant au sublimé sa puissance antiseptique, obvient à sa toxicité et au peu de stabilité des solutions.

M. Salomon assure la stabilité par l'addition de chlorure de sodium.

En effet, M. Schillinger a prouvé expérimentalement que le mélange au sublimé d'une égale quantité de chlorure de sodium assure la stabilité de la solution. Il est même établi aujourd'hui que cet artifice donne le moyen de dissoudre le sublimé et d'obtenir des solutions claires et stables avec l'eau ordinaire.

On peut aussi ajouter à ces solutions 5 gr. d'acide chlorhydrique ou d'acide tartrique par litre, d'après le procédé de M. Laplace, empêcher ainsi la décomposition du sublimé mis en contact avec des matières albuminoïdes et augmenter considérablement sa puissance antiseptique.

Or, l'addition de chlorure de sodium qui assure la stabilité des solutions, ne diminue en rien leur puissance antiseptique. (Expériences de Vicario et Deschamps.)

L'innocuité est assurée par les conditions suivantes :

Le chlorure de sodium, le sulfate de cadmium, ou le sulfate de cuivre, et le jaune solide empêchent toute méprise en donnant aux solutions une saveur et une couleur accentuées.

Le chlorure de sodium et surtout le sulfate de cadmium, ou le sulfate de cuivre, leur communiquent d'énergiques propriétés vomitives qui les

empêcheraient de séjourner dans l'estomac si, par accident, elles étaient avalées.

L'addition, à une solution toxique, du plus sûr des contre-poisons, un vomitif agissant instantanément, a été d'autant plus facile à réaliser avec le sublimé, que les plus puissants vomitifs ; les sulfates de zinc, de nickel, de cuivre, de cadmium, sont compatibles avec cet agent chimique.

M. Salomon a été amené à choisir les sulfates de cuivre et de cadmium en raison de leurs puissances vomitives supérieures. A ce point de vue, 0 gr. 10 à 0 gr. 30 de sulfate de cuivre équivalent 0 gr. 50 à 1 gr. de sulfate de zinc, et MM. Rosenbaum et Schubarth ont prouvé que la puissance vomitive du sulfate de cadmium était dix fois supérieure à celle du sulfate de zinc. Ces deux agents ont leurs avantages spéciaux. Le sulfate de cadmium n'est pas caustique, « c'est un antiphlogistique aussi puissant » que le sublimé (Gubler), il est incolore et d'un goût bien moins désagréable que le sulfate de cuivre ou le sulfate de zinc. Mais le prix du sulfate de cuivre, condition importante, est seulement de 0 fr. 90 le kilogr., tandis que celui du sulfate de cadmium est de 50 fr. le kilogramme.

De nombreuses expériences faites sur des chiens de différentes tailles ont prouvé que, même en se plaçant dans les conditions les plus défavorables et en employant indifféremment l'un ou l'autre de ces agents chimiques, auquel est associé le chlorure de sodium à dose vomitive, on obtient un effet d'évacuation sûr et immédiat qui supprime tout phénomène d'intoxication et assure l'innocuité d'une solution de sublimé, soit au 1/2000, soit au 1/1000.

D'expériences faites avec M. Laborde, M. Salomon conclut :

1° — En additionnant à une solution de sublimé du chlorure de sodium, du sulfate de cadmium, ou du sulfate de cuivre dans certaines proportions, on détermine un effet vomitif sûr et immédiat. (1).

2° — Il suffit, pour assurer l'innocuité de cette solution, de doser les substances vomitives de façon qu'elles commencent à agir au moment où le sublimé se trouve encore à la dose thérapeutique.

3° — En variant de quelques centigrammes la quantité de sulfate de cadmium, ou de sulfate de cuivre, on peut : 1° Diminuer la quantité de chlorure de sodium ; 2° Régler l'effet vomitif et mettre ainsi le sublimé, soit au 1/2000°, soit au 1/000°, sans qu'il soit nécessaire de doubler la dose des substances vomitives, les pouvoirs vomitifs du sublimé s'additionnant.

4° — En ajoutant 5 grammes d'acide chlorhydrique ou d'acide tartrique, par litre, on ne diminue pas sensiblement la puissance vomitive des solutions.

En se basant sur ces recherches et expériences, M. Salomon a établi les formules suivantes :

A.

Eau distillée	1000 gr.
Chlorure de sodium	80 gr.
Sulfate de cadmium	0 gr. 50
Sublimé	0 gr. 50
Jaune solide et éosine	(Q.S.)

(1) Il se produit une association des pouvoirs vomitifs du sulfate de cuivre ou sulfate de cadmium, du chlorure de sodium et du sublimé.

B.

Même formule, en remplaçant l'eau distillée par l'eau distillée de rose.

C.

Eau distillée	1000 gr.
Chlorure de sodium	100 gr.
Sulfate de cuivre	1 gr.
Sublimé	0 gr. 50
Acide tartrique	5 gr.

colorée ou non, le sulfate de cuivre donnant à la solution une coloration suffisante.

D.

Eau distillée	1000 gr.
Chlorure de sodium	1 gr.
Sulfate de cuivre	2 gr.
Sublimé	1 gr.

additionnée ou non de 5 gr. d'acide chlorhydrique.

Les formules A et B paraissent propres à tous les soins antiseptiques du corps (1). En n'acidulant pas la formule A, on rend cet antiseptique, d'une efficacité générale, pratique à la désinfection de la bouche « principale porte « d'entrée des agents morbides ». Il est, d'ailleurs, certain, depuis les expériences de M. Miller, en 1885, sur les microbes de la carie dentaire, qu'une solution de sublimé constitue « la meilleure eau dentifrice ». D'ailleurs le chlorure de sodium, qui se trouve dans de fortes proportions dans ces solutions, est, d'après tous les auteurs, excellent pour l'hygiène de la bouche.

La formule C semble plus spécialement désignée pour la désinfection dans l'économie domestique.

La formule D est d'une préparation particulièrement facile et peu coûteuse : en effet, par raison d'économie, il n'a été conservé dans cette solution que la quantité de chlorure de sodium nécessaire pour assurer sa stabilité, et le sulfate de cuivre donne coloration et puissance vomitive.

MÉDECINE PRATIQUE

La médecine sans médecin

Un cas d'intoxication mercurielle et belladonée. — Péripéties dans le traitement d'un zona.

Rien n'est plus regrettable que la manie qu'ont tant de pères de famille de faire de la médecine eux-mêmes sur leur entourage, soit en consultant des livres de médecine, soit en demandant des avis verbaux et généraux aux médecins qu'ils rencontrent sans leur montrer les malades. C'est une manière d'exercice illégal que la loi ne pourra jamais atteindre.

Quelques-uns d'entre nous, interrogés ainsi à brûle-pourpoint dans la rue, en chemin de fer, dans un dîner en ville, ont le tort de céder à ces importunes questions pour se débarrasser du questionneur. S'ils savaient la dé-

(1) — « Pour faire l'asepsie quotidienne du corps, « des solutions dépourvues d'odeur ou possédant une « odeur agréable sont de rigueur. » Traité pratique d'antisepsie, par Le Gendre, Barette et Lepage. Paris 1888.

sastreuse application que celui-ci peut faire de leur réponse, ils se refuseraient à rien répondre, et pas mal d'accidents seraient ainsi évités au pauvre monde.

I

Dans une famille où je n'étais pas encore allé on m'appela un soir pour me montrer une nourrice qui souffrait beaucoup du sein ; la vérité m'oblige à dire que ce n'est pas uniquement par humanité qu'on me priait de venir voir en hâte la nourrice, mais bien parce que l'enfant ne pouvait plus téter, et qu'après avoir attendu plusieurs jours avant de montrer la nourrice à un médecin, bien que la pauvre femme eût certes grand besoin de soins, on avait aussitôt senti s'éveiller la sollicitude pour elle quand on avait compris que son nourrisson éprouvait le contre-coup de ses souffrances.

Cette nourrice était une grosse femme de la campagne, qui jetait les hauts cris à cause des douleurs qu'elle éprouvait dans la région mammaire, et il y avait bien de quoi. Les seins étaient recouverts de grands cataplasmes de graines de lin et, quand on eut enlevé ceux-ci, j'aperçus un fort vilain spectacle.

Toute la peau des deux seins et des régions sternale, épigastrique et axillaire était le siège de lésions complexes qu'après examen attentif on pouvait décomposer ainsi : une vaste rougeur érysipélateuse et angioleucitique dans la zone périphérique, formait un fond pourpre sur lequel se détachaient en certains points des ulcérations, les unes saignantes, les autres suppurantes ; en d'autres des phlyctènes et des bulles ; en d'autres un semis de vésicules miliaires innombrables serrées les unes contre les autres. Au cataplasme enlevé adhéraient de larges lambeaux d'épiderme macéré et j'y constatai une épaisse couche d'onguent napolitain belladoné. Les ganglions axillaires étaient tuméfiés et douloureux. Il y avait un peu de fièvre, et de la stomatite.

La pathogénie des accidents était la suivante. La nourrice ayant quelque peu d'engorgement laiteux par suite de fissures du sein qui empêchaient le nourrisson de téter autant que d'ordinaire, un soir dans un dîner le père de famille qui se trouvait auprès d'un médecin, lui demanda entre la poire et le fromage ce qu'il fallait faire pour les engorgements laiteux du sein ; le médecin répondit, paraît-il, que l'application de larges cataplasmes et des onctions avec l'onguent napolitain belladoné étaient un traitement efficace.

Fort de ce renseignement, le père de famille fit appliquer en permanence sur la région mammaire d'immenses épithèmes de farine de lin couverts d'une respectable couche d'onguent napolitain aussi belladoné qu'il plut au pharmacien, et cette application durait depuis cinq jours quand je fus appelé.

Les accidents consistaient surtout en hydrargyrie locale avec une légère stomatite mercurielle, avec un peu d'infection angioleucitique. Je prescrivis des lotions d'eau boriquée et un pansement pulvérulent sec avec un mélange de sous-nitrate de bismuth et de poudre d'acide borique ; il fallut une semaine de soins et de pansements minutieux pour réparer le dégât et il resta sur la peau du sein plusieurs cicatrices. Il fallut alimenter l'enfant avec du lait de vache, et vider artificiellement les seins ; quand on put recommencer l'allaitement, la sécrétion était très diminuée.

Vers le sixième jour, alors que la pommade mercurielle et belladonée était enlevée déjà depuis 24 heures, le corps se couvrit presque tout entier d'une éruption scarlatiniforme, la gorge était sèche, les pupilles plus dilatées qu'à l'état normal ; il est certain qu'il y avait des effets généraux secondaires consécutifs à l'absorption de la belladone.

A ce point de vue des actions pathogénétiques dissociées des deux substances toxiques, le mercure et la belladone, le fait est assez intéressant ; c'est un exemple à l'appui des faits d'intoxication médicamenteuse auxquels j'ai consacré un article dans ce journal, il y a plusieurs années.

Quand je dis au père de famille en particulier, pour ne pas donner l'éveil à la nourrice sur la cause de son mal dont la connaissance eût pu la rendre fort exigeante pour ses maîtres dans l'avenir, que c'était lui l'auteur de tout le dégât par sa thérapeutique intempestive, il me répondit avec ingénuité que « c'était le médecin qui la lui avait conseillée ! » On dit que les conseilleurs ne sont pas les payeurs ; ce ne sont pas toujours les payés non plus.

II

Autre histoire.

Une dame éprouve de vives douleurs sur la partie gauche du tronc, dans la région axillaire, région mammaire, en demi-ceinture ; une éruption de boutons disposés par groupes confluents très nombreux apparaît.

Son mari, qui est négociant, mais dont la belle-mère a eu un zona, fait le diagnostic et ouvre une encyclopédie médicale à l'usage des familles à l'article zona. Au milieu de beaucoup d'autres choses il lit qu'un des bons traitements de cette maladie consiste à badigeonner les parties qui sont le siège du zona avec plusieurs couches de collodion.

Il n'hésite pas, il badigeonne ; oh mais ! larga manu. Toute la moitié gauche du thorax et de l'abdomen disparut sous la cuirasse, qui, crevassée le lendemain, le collodion n'étant pas élastique, fut renforcée les jours suivants.

Mais un point chagrinait le médecin novice ; on disait dans son livre qu'un des avantages de ce traitement était de diminuer les douleurs. Or sa femme, toute cuirassée qu'elle fût, ne l'était pas contre la douleur et se plaignait de plus en plus.

En outre, par transparence à travers les couches de collodion on voyait les flots éruptifs sous forme de larges taches violacées, noirâtres, et bientôt, quand un point de la cuirasse se fendillait, on vit suinter du pus, mélangé de sang et une mauvaise odeur s'exhalait. Fièvre, insomnie, anorexie, enfin je fus appelé.

Le zona était le plus étendu que j'aie vu ; les groupes éruptifs multipliés, confluents, suivaient le trajet complet de trois nerfs intercostaux ; la poussée fluxionnaire avait été hémorrhagique, et, soit que le collodion n'eût pas été aseptique ou que le pinceau employé ne fût pas propre, une infection secondaire s'était produite et plusieurs groupes de vésicules avaient fait place à de larges plaques sphacéliques du derme qui commençaient à s'éliminer par suppuration des parties sous-jacentes ; quand toute la carapace de collodion eut été enlevée même avec de grandes précautions,

la moitié gauche du thorax, la région axillaire, une partie du dos et du flanc étaient transformées en une vaste plaie suppurante parsemée d'îlots de sphacèle cutané.

Grâce à un pansement iodoformé, tous les accidents furent enrayés en peu de temps, mais il fallut un mois pour obtenir la cicatrisation complète et toute la moitié gauche du tronc est maintenant le siège d'une vaste cicatrice.

Quand je dis avec douceur, mais non sans quelque ironie, au mari que sa thérapeutique avait été inopportune, il me cita triomphalement son livre : « N'est-ce pas écrit? Les badigeonnages avec le collodion sont un bon et commode traitement du zona. » — Oui, mais il y a zona et zona ; quand il n'y a qu'un petit nombre d'îlots éruptifs, faciles à maintenir à l'abri du contact de l'air, quand l'application du topique a été faite dès le début avant la rupture des vésicules, c'est un traitement qui n'est pas mauvais. Mais en présence d'un immense zona hémorrhagique, avec phlyctènes déjà excoriées, c'est autre chose. » — Et lui de me répondre : « Est-ce que je pouvais savoir tout ça ? » — Non sans doute, mais vous pouviez appeler le médecin tout de suite !!! »

J'ajouterai, à propos de ce zona, que les douleurs de névralgie ou plutôt de névrite intercostale très violentes irradiées dans toutes les anostomoses de nerfs intercostaux, qui persistèrent assez longtemps après la cicatrisation, comme cela arrive communément, ne furent que peu calmées par toute la série des médicaments antinévralgiques : morphine, antipyrine, choral, phénacétine, etc., mais elles disparurent après trois fortes séances de pulvérisation de chlorure de méthyle, que je ne pus faire plus tôt à cause de l'état de la peau.

P. LE GENDRE.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Note sur l'uréthrotomie interne.

Depuis quelques mois un certain bruit a été fait autour de quelques méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre qui doivent, a-t-on dit, se substituer à l'uréthrotomie interne ; celle-ci, dont la mortalité serait considérable, exposerait à de terribles accidents opératoires et post-opératoires. Sans doute, si on veut recueillir les observations d'uréthrotomie pratiquées depuis 50 ans, on trouvera une notable proportion d'accidents graves ; mais, si on prend la peine de lire les détails de ces observations, on restera convaincu que certaines manœuvres considérées alors comme indispensables étaient une source d'échecs et de catastrophes. Dans le mémoire de Reybard, par exemple, on trouve signalées de formidables hémorrhagies ; il semble difficile qu'il en ait été autrement rien qu'à voir le terrifiant instrument dont il se servait, ces lames longues et saillantes, ces bandes d'acier divergentes qui semblent destinées à faire éclater le canal. Les observations de Maisonneuve relatent souvent aussi l'infection purulente, au temps où l'on était mal armé contre ce terrible fléau.

Les choses se sont bien modifiées, grâce surtout au professeur Guyon, et les progrès accomplis dans la pratique de l'uréthrotomie interne ont changé complètement non seulement les résultats, mais la méthode opératoire elle-même. Ces modifications, qui n'ont pas été annoncées à grand fracas, ne consistent qu'en des détails minutieux et, considérées en elles-mêmes, elles semblent bien peu de chose ; elles suppriment néanmoins les causes principales des échecs. Ce sont quelques-uns de ces détails sur lesquels nous nous proposons d'insister ici, sans retracer complètement le manuel opératoire de l'uréthrotomie interne.

Les instruments de Civiale, de Thompson, peuvent trouver quelques rares indications dans des cas d'uréthrotomie complémentaire qui sont tout exceptionnels. C'est de l'instrument de Maisonneuve qu'on se servira presque toujours. Il se compose, on le sait, d'une bougie conductrice au talon de laquelle on peut visser une glissière, en forme de sonde à grande courbure et cannelée sur sa *concavité* ; d'une lame triangulaire fixée à l'extrémité d'une tige et dont un des côtés est en contact avec la glissière dans laquelle elle est maintenue par deux ailerons latéraux ; les deux autres côtés sont tranchants et séparés par un sommet *mousse* ; enfin d'un conducteur, sorte de stylet très long terminé par un pas de vis, qui peut lui aussi s'adapter à la bougie conductrice.

On choisira une lame de faible dimension qui ne doit pas dépasser le n° 23 de la filière Charrière ; le n° 21 suffit même le plus souvent ; avec une lame plus étroite, on éprouve souvent des difficultés à introduire la sonde. Il faut s'assurer qu'elle pénètre librement jusqu'au fond de la glissière. On aura à sa disposition une série de bougies conductrices filiformes droites, à extrémité tortillée etc., et dont l'armature se visse exactement et entièrement sur le conducteur, enfin une sonde à bout coupé n° 15 ou 17, mais *jamais d'un calibre plus fort*.

Les instruments métalliques seront flambés ou soumis à l'ébullition et plongés dans une solution phéniquée forte ; quant aux instruments de gomme, ils seront immergés deux heures avant l'opération dans une solution phéniquée à 5 %, ou mieux dans une solution de sublimé à 2 pour 1000, qui n'altère pas le poli de leur surface.

Le malade, chez lequel l'uréthrotomie interne est décidée, a été purgé la veille et a pris le matin même un grand lavement. L'administration d'un antiseptique à l'intérieur, dans le but de rendre les urines aseptiques, en particulier du borate de soude à la dose de 6 à 8 grammes, est utile lorsque l'estomac peut le tolérer ; s'il n'en était pas ainsi, on y renoncerait, car il faut ménager les fonctions digestives. Quant au sulfate de quinine il ne sera donné préventivement que si le malade a déjà présenté des accès de fièvre ou si une complication telle que de la distension vésicale, une néphrite, en rend l'explosion probable.

L'anesthésie chloroformique n'est pas nécessaire et provoque plus tard des vomissements qui sont de nature à empêcher le bon fonctionnement de la sonde à demeure. La douleur est peu vive mais il n'y a aucun inconvénient à employer une injection de cocaïne à 5 % qu'on maintiendra une dizaine de minutes dans l'urèthre : l'anesthésie ainsi obtenue est quelquefois absolue ; elle est au contraire peu marquée lorsqu'il y a uréthrite.

Le gland est lavé ainsi que le canal antérieur avec une solution boriquée à 5 % : une seringue métallique d'une contenance de 100 à 200 grammes, munie d'un embout effilé, est introduite dans l'urèthre, mais assez peu profondément pour qu'aucune pression ne soit exercée sur ses parois.

On appuie sur le piston et le liquide reflue immédiatement au dehors.

Le chirurgien, placé à la droite du malade, introduit alors la bougie conductrice bien graissée d'huile phéniquée et visse sur elle le conducteur droit; il la pousse profondément dans la vessie pour s'assurer qu'elle ne bute en aucun point et qu'elle ne se repliera pas au devant de la lame. Elle est ramenée au méat ; on remplace le conducteur par la glissière courbe qu'on introduit comme une sonde à grande courbure ; quand elle pénètre dans la vessie, on en est ordinairement, mais non toujours, averti par l'issue d'une petite quantité d'urine qui s'écoule le long de la cannelure ; l'instrument est abandonné, puis maintenu immobile par un aide dans la position qu'il a prise de lui-même ; il faut se garder de le faire basculer en appuyant sur lui. Le chirurgien saisit alors la verge de la main gauche, l'étend fortement sur la glissière, dans laquelle il engage la lame ; celle-ci est poussée dans l'urèthre d'un mouvement régulier sans précipitation ni secousses : au niveau du rétrécissement elle rencontre une résistance contre laquelle on lutte un instant par une pression soutenue, mais sans saccades. On sent bientôt la lame s'engager et redevenir libre au delà : souvent plusieurs obstacles successifs doivent être sectionnés ; une force assez considérable est parfois nécessaire pour les rétrécissements anciens et durs. Arrivée au bout de sa course, la lame est ramenée en avant et on éprouve aux mêmes points les mêmes sensations de résistance, mais beaucoup moins accentuées : Enfin la lame est retirée : *jamais, sous aucun prétexte, elle ne sera réintroduite une seconde fois.*

La glissière est alors retirée à son tour ; aussitôt que l'armature de la bougie apparaît, on la dévisse et on la remplace par le conducteur métallique droit. Celui-ci est verticalement enfoncé dans l'urèthre. La sonde à bout coupé, préalablement graissée d'huile phéniquée en dedans et en dehors, est engagée sur le conducteur et poussée doucement dans le canal ; elle pénètre d'ordinaire sans rencontrer d'obstacle jusque dans la vessie : parfois il existe une légère résistance au niveau du rétrécissement ; on la ramène alors un peu en arrière et on recommence la manœuvre en lui faisant faire de petits mouvements de rotation ; mais il faut bien se garder d'exercer la moindre violence sur ce point. Dans des cas rares on est tout à fait arrêté au niveau de la section ; on retire le tout, sonde à bout coupé et bougie conductrice, et on essaie très doucement d'introduire une sonde-bougie à bout olivaire. Lorsque celle-ci ne passe pas facilement, on n'insistera pas et on laissera le malade uriner naturellement.

Ce cas exceptionnel étant écarté, la sonde à bout coupé est laissée à demeure. On pratique un lavage de la vessie avec une solution d'eau boriquée, par petits coups et en n'injectant qu'une faible quantité pour éviter de distendre la vessie. Puis on fixe la sonde dans une position telle que son extrémité pénètre à peine dans la vessie et que l'œil latéral affleure au col. Elle est fixée ainsi au moyen de deux fils de coton qui, rabattus sur les côtés du gland, le contournent en forme de collier, puis sont ramenés en arrière et attachés aux poils. La sonde est maintenue ouverte, son extrémité plongeant dans un urinal placé entre les jambes du malade, mais dont le rebord n'appuiera pas sur la verge ; on aura soin également que la verge ne soit pas coudée pour éviter toute compression localisée de l'urèthre et le sphacèle qui en résulterait.

Les suites sont ordinairement des plus simples, la sonde fonctionne régulièrement et l'urine s'écoule goutte à goutte ; il est bon de pratiquer une injection vésicale toutes les douze heures dans le but d'entraîner les mucosités qui pourraient s'accumuler à l'orifice de la sonde, et l'obstruer, injection peu copieuse et faite à petits coups. Au bout de 48 heures on retire la sonde à demeure et le malade urine librement. C'est surtout 10 à 12 heures avant ce moment qu'il est utile de donner à l'intérieur du biborate de soude. On laisse le malade au lit pendant 2 jours à 3 jours encore ; et 8 jours après on dilate le canal à l'aide de bougies de gomme ou de bougies de Béniqué ; 2 ou 3 séances sont suffisantes.

Telle est la façon dont les choses se passent dans l'immense majorité des cas ; le saignement qui suit le passage de la lame est insignifiant ; on peut dire qu'il est considérable quand la quantité de sang répandu remplit un dé à coudre. Cette immunité tient aux deux particularités suivantes : la lame est étroite et telle que l'incision ne dépasse pas les limites de la muqueuse ; le corps spongieux étant respecté, le sang n'est fourni que par les tissus constitutifs du rétrécissement, qui sont fort peu vasculaires.

En outre la sonde étant de petit calibre passe par l'ouverture tracée par la lame sans agrandir la plaie ; accident qui arrive lorsqu'une grosse sonde poussée plus ou moins violemment détermine une déchirure des tissus.

Qu'on ne croie pas que le résultat définitif en soit moins bon et qu'une incision profonde assurerait mieux l'élargissement du canal ; l'anatomie pathologique apprend que la paroi *supérieure* du rétrécissement est formée d'un tissu élastique tel que les deux lèvres de l'incision s'écartent aussitôt après la section. Cette rétraction a lieu aux dépens du tissu élastique du chorion muqueux ; il ne sert donc à rien de dépasser ces limites. Une autre conséquence en découle : c'est que la sonde à demeure n'a nullement pour but de maintenir les tissus écartés.

On voit donc que l'uréthrotomie n'expose pas aux hémorrhagies et qu'à ce point de vue déjà il est inutile de chercher à lui substituer une autre opération. Les méthodes qui agissent par rupture ne lui sont pas supérieures sous ce rapport ; il en est de même, quoi qu'on puisse croire, de celles qui agissent par cautérisation, telle que l'électrolyse.

L'infiltration d'urine était un accident fréquent autrefois. La cause résidait dans l'irrégularité *des* sections qu'on pratiquait, la lame était promenée un certain nombre de fois dans le canal ; « on jouait du violon dans l'urèthre » suivant l'expression de Richard ; il en résultait des sections multiples, une plaie mâchée, hachée dans laquelle l'urine pénétrait facilement. Pour empêcher ce contact on introduisait une sonde volumineuse ; or cette manœuvre atteignait un but directement opposé à celui qu'on se proposait. Si en effet, pour une raison quelconque (caillots, mucosités vésicales), la sonde s'obstruait, de l'urine s'épanchait entre les parois du canal et celles de la sonde. Les contractions de la vessie distendue chassaient ce liquide avec force entre la son-

de et le canal et l'injectait, pour ainsi dire, dans la plaie béante. Pareil accident n'a pas lieu avec une sonde de petit calibre ; si de l'urine s'épanche en dehors de la sonde, elle s'écoule plus librement vers le méat et ne fait que passer sur la plaie uréthrale sans y être soumise à une pression qui l'oblige à entrer dans la circulation.

Les accidents septicémiques reconnaissent une même origine ; ils étaient et sont encore plus fréquents. Nous entendons par là toute manifestation de l'intoxication, quelle qu'elle soit, depuis le simple accès de fièvre jusqu'aux accidents mortels. Le maintien de la sonde à demeure a surtout pour but de s'opposer à leur production en empêchant le contact, si peu prolongé qu'il soit, de l'urine et de la plaie. L'accès de fièvre apparaît le plus souvent au 3e jour, quelques heures après l'enlèvement de la sonde à demeure ; quand, pour une raison quelconque, la sonde est retirée plus tôt ou qu'on ne peut l'introduire, l'accès se montre plus facilement et plus vite.

Nous n'avons pas à faire ici l'exposé de ces accidents dont la gravité est si variable ; nous nous contenterons de rappeler ici la relation qui existe entre le contact de l'urine et la production des accidents généraux.

Ceux-ci semblent n'être soumis à aucune loi, on en observe de graves chez un individu après une opération faite très régulièrement, tandis que dans un autre cas, où elle présente des difficultés, où la sonde n'a pu être placée, on ne constate pas la plus légère élévation thermique. Ces faits commencent à s'expliquer aujourd'hui, et il devient évident qu'ils sont sous la dépendance d'un organisme infectieux qui préexiste ou non dans les voies urinaires.

De cette découverte de laboratoire découle une conséquence pratique importante ; on peut en effet éviter des catastrophes en examinant au point de vue bactériologique l'urine de tout malade qu'on se propose d'uréthrotomiser. Si l'une des bactéries trouvées par Albarran, en particulier la bactérie pyogène, s'y rencontre, il faut différer l'opération, instituer intus et extra un traitement qui fasse disparaître cet organisme ; en tout cas on pourra se défendre contre lui d'une manière plus efficace. Ces recherches ne sont pas compliquées ; il suffit d'un microscope capable d'un grossissement suffisant et de quelques réactifs ; c'est un procédé pratique que nous comptons bientôt exposer ici même.

Toute autre méthode de diérèse d'un rétrécissement expose plus encore aux mêmes accidents. La divulsion, la dilatation brusque et rapide produisent des déchirures plus ou moins anfractueuses dans lesquelles les micro-organismes pénètrent et pullulent. Il en est de même des destructions produites par toute cautérisation, électrique ou autre.

Quant à la pyohémie, il est très probable que les éléments en étaient apportés par les instruments dont on se servait, et des soins antiseptiques suffisent pour écarter ce danger.

La mortalité, calculée en bloc, donne 3,38 % dans le service du professeur Guyon ; mais ces chiffres doivent être interprétés ; on trouve en effet sur les relevés de l'hôpital que des malades sont morts 8, 6, 10 mois après une uréthrotomie ; un autre a succombé à une tuberculose pulmonaire quelques semaines après ; beaucoup présentaient de la pyélo-néphrite. Déduction faite de ces affections antécédentes ou intercurrentes, la proportion des morts dues à l'opération tombe à 1 pour 200 ; nous avons tout lieu de croire que depuis 4 ans que la statistique précédente a été faite, le chiffre s'est encore abaissé : pour notre part, sur un nombre important d'uréthrotomies, nous n'avons jamais eu d'accidents graves à déplorer.

Relativement à la récidive, l'avantage reste encore à l'uréthrotomie. Nous ne voulons pas dire que cette opération donne une guérison radicale ; pas plus que tout autre elle ne s'oppose à la rétraction ; mais mieux qu'aucune, elle permet aux tissus de rester dilatables. Plusieurs de nos malades qui avaient négligé de se sonder pendant plusieurs années, ont subi avec succès la dilatation progressive, et presque tous ceux qui ont pris l'habitude d'introduire une bougie régulièrement tous les mois ont conservé un calibre suffisant, sinon normal.

Il ne s'agit pas là d'un fait dont la cause échappe, la physiologie pathologique nous montre qu'il doit en être ainsi : en effet, on agit, nous l'avons dit, en négligeant la partie du rétrécissement la plus dure, celle qui siège à la paroi inférieure ; une incision en ce point sera, quoi qu'on fasse, réparée par une cicatrice fibreuse. En s'attaquant à la paroi supérieure, élastique et presque normale, on aura une cicatrice souple et peu rétractile. C'est pour cela qu'il faut produire en ce point le traumatisme le moins important possible, représenté ici par une section linéaire peu profonde.

Une déchirure est livrée au hasard ; ses limites ne sont pas précises ; quant à la cautérisation, elle a pour résultat une eschare et une rétraction fibreuse dure et peu extensible. De tous les procédés, c'est donc l'uréthrotomie qui assure le mieux l'avenir ; mais il faut bien se persuader de ce fait que la cure radicale d'un rétrécissement n'existe pas ; la promettre à un malade, c'est lui faire entrevoir une chose aujourd'hui irréalisable et, en lui inspirant une sécurité trompeuse, on l'empêche de prendre les soins nécessaires pour arrêter une récidive fatale.

Dr E. Desnos.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'anesthésie devant la justice

Le Conseil de préfecture de la Seine vient d'avoir à juger une curieuse question.

M. Vally, ouvrier charpentier, avait été blessé, en passant près de Saint-Eustache, par la chute d'une pierre qui s'était détachée de l'église.

Sur la demande d'indemnité qu'il forma contre la Ville de Paris et la fabrique de Saint-Eustache, le Conseil de Préfecture ordonna deux expertises simultanées, l'une pour rechercher les causes de l'accident et déterminer à qui incombait la responsabilité, l'autre pour procéder à l'examen médical de M. Vally, constater l'existence et la gravité des blessures qu'il avait reçues et évaluer l'indemnité qui pouvait lui être due, en tenant compte de ses frais de maladie et de l'incapacité de travail qui résultait, prétendait-il, d'une paralysie du bras droit, conséquence d'une fracture de la clavicule.

Trois médecins, MM. Delaporte, Gombault et Voisin furent chargés de la seconde expertise.

Pour s'assurer que l'état de M. Vally n'était pas plus ou moins simulé, ils manifestèrent l'inten-

tion de recourir à l'anesthésie. Mais l'intéressé refusa de se soumettre à cette épreuve et demanda au conseil de préfecture de déclarer que les experts devaient se borner à l'examiner sans l'endormir.

A l'audience, il soutint, par l'organe de son avocat, que l'anesthésie pouvait à la rigueur entraîner la mort du patient ; que les experts ne sauraient lui garantir que cette opération ne lui serait pas fatale, que leur prétention était contraire au texte et à l'esprit de l'arrêté qui avait ordonné l'expertise, aux principes les plus élémentaires du droit naturel, et même aux règles de la médecine légale ; qu'en effet une opération de ce genre était louable lorsqu'elle avait pour objet de sauver ou de guérir un malade ; qu'on pouvait peut-être, le cas échéant, en admettre la nécessité et la légitimité en matière criminelle, à l'égard d'un accusé ; mais que, si on prétendait l'appliquer à la victime d'un accident, à un homme réclamant en justice la réparation du tort qui lui avait été causé, elle constituerait un acte attentatoire à la liberté humaine.

Voici en quels termes le tribunal administratif, présidé par M. Emile Laurent, a résolu la question :

Le Conseil,

Considérant que, si les experts chargés des constatations médicales dont il s'agit ont le droit de se livrer à toutes les recherches qui leur paraîtraient nécessaires, le sieur Vally ne saurait cependant être contraint à se soumettre à des épreuves qu'à tort ou à raison il croit dangereuses pour sa vie ou sa santé.

Arrête :

Les experts sont invités à procéder, dans la huitaine, à l'examen médical du sieur Vally, en se bornant aux constatations et évaluations prévues par l'arrêté du 13 novembre 1888.

(France médicale.)

Service militaire des médecins civils.

Mon cher directeur,

Le *Concours* renferme une série de protestations d'aides-majors de l'armée territoriale, restés (comme c'est mon cas) de 2e classe à 41 ans, alors que des confrères plus jeunes portent le 2e galon.

Le journal que vous dirigez paraissant vouloir s'occuper sérieusement de la question, il me semble juste de présenter un élément de discussion dont il n'a pas été fait mention encore :

Tous ceux qui se plaignent d'être à 41 ans aides-majors de 2e classe, ont-ils été appelés quelquefois à faire un service de 28 ou de 13 jours ?

Pour ma part, je n'ai jamais été appelé, (et je ne m'en plains pas), mais aussi je suis resté de seconde classe, tandis que plusieurs de mes confrères, plus jeunes, ont été nommés de 1re classe après avoir fait une période de 13 jours.

Cela est si vrai, qu'il y a quelques jours le capitaine-major de mon régiment m'écrivait pour me conseiller de demander à faire 13 jours, afin d'être nommé de 1re classe.

Si vous le jugez utile, faites paraître ces quelques lignes.

Tout à vous.

Un aide-major de 2e classe, âgé de 42 ans.

L'Association générale et MM. les Drs Bozonet et Mocquin.

Nous avons raconté en 1887 la grave détermination de *l'Association de l'Ain* qui, à la suite de conflits survenus entre commission administrative et médecins, avait expulsé de son sein MM. les docteurs *Bozonet* et *Mocquin*, de *Besley*.

Nous avions exposé les motifs qui nous faisaient considérer comme injuste cette expulsion, viciée par violation de nos statuts, qui, heureusement, protègent les associés.

Nous avions regretté que le *Conseil judiciaire* de l'Association générale n'eût pas consenti à rappeler le Bureau de l'Ain à l'observation des règlements.

Le tribunal, à la suite de délais interminables, vient enfin de rendre son arrêt, après la brillante plaidoirie, de Me *Lombard*, député de l'Isère.

Il a condamné l'Association *de l'Ain à réintégrer dans leurs droits et privilèges, comme membres de l'Association générale, MM. Mocquin et Bozonet.*

Nous publierons le texte du jugement et nous engageons vivement le Bureau de l'Ain à accepter l'arrêt sans aucune récrimination.

A. C.

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des Médecins de la Loire-Inférieure.

Réunion générale du 29 janvier 1889.

Présidence de M. le Dr Porson.

(Suite.)

Rapport de M. le Dr Luneau, sur la loi en préparation sur l'exercice de la médecine, lu à la séance du 17 juillet 1888.

Messieurs et chers Confrères,

Le Syndicat de Nantes, dans sa séance du 30 mars, a nommé une Commission chargée d'examiner les projets de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. C'est au nom de cette Commission que je viens aujourd'hui vous rendre compte de ses travaux et de ses études.

Vous le savez, depuis près d'un siècle, l'exercice de la médecine est régi par la loi du 19 ventôse de l'an XI ; depuis près d'un siècle le corps médical a subi les prescriptions de cette loi, que les décrets, les règlements, les ordonnances de toute sorte ont interprétées sans en changer le principe. D'un côté, des obligations sévères étaient imposées aux médecins ; d'un autre côté, ces obligations ne trouvaient pas de compensation dans la protection souvent illusoire de la justice.

On demandait au médecin des épreuves longues et onéreuses pour lui conférer son droit d'exercice, on lui confiait en apparence un monopole garanti par l'Etat et on lui promettait assistance contre ceux qui, au mépris de la loi, ont érigé en système la fraude et le mensonge pour exploiter la crédulité publique. On peut le dire, cette loi de ventôse n'a pas rempli le but que le législateur se proposait.

Son impuissance contre les abus se révéla bientôt par l'insuffisance des pénalités et par l'inertie des corps constitués et des autorités auxquels elle confiait la garde et la tutelle de la santé publique.

En 1845, un congrès médical s'occupa de cette importante question, et l'agitation profonde que provoqua ce congrès dans la profession médicale, a laissé des souvenirs vivants parmi ceux de nos maîtres qui ont connu cette époque. La révolution de 1848 fit

échouer ce projet, et la médecine retomba pour longtemps sous le joug de cette loi caduque et défectueuse de l'an XI.

En 1882, les syndicats médicaux se constituèrent. Ils avaient inscrit dans leur programme qu'ils avaient pour but d'améliorer la situation tant individuelle que collective des médecins, et cela par tous les moyens légaux et surtout par la demande de la revision de la loi de l'an XI.

Grâce à leur impulsion, le *Concours Médical* d'abord et avant tous les autres, M. le député Chevandier, au nom d'une commission spéciale en 1885, l'Association générale des médecins de France, tout le corps médical enfin, sembla subir cette agitation et se concerter pour arriver à un résultat sérieux.

Le gouvernement ne put rester indifférent devant cette manifestation, et le ministre du Commerce demanda en 1885 au Comité consultatif d'hygiène publique de France de préparer un projet de loi revisant et modifiant les lois et règlements sur l'exercice de la médecine. Ce projet de loi fut déposé à la Chambre au mois de décembre 1886, et la Commission parlementaire de l'exercice de la médecine a finalement adopté une dernière proposition de loi distribuée aux membres de la Chambre en février 1888.

Comme vous le voyez, le point de départ de ce grand mouvement dans notre profession remonte aux Syndicats Médicaux. C'est grâce à leur initiative, à leur persévérance, que nous devrons un jour l'amélioration de notre situation médicale.

Permettez-nous de passer maintenant en revue les principaux articles de cette loi.

Le titre premier s'occupe des conditions de réception des médecins, de la situation nouvelle des officiers de santé et des sages-femmes, des médecins étrangers, des étudiants appelés à exercer provisoirement, des honoraires médicaux, des associations syndicales de médecins. Votre Commission ne s'est arrêtée qu'aux points principaux.

Jusqu'à ce jour, les officiers de santé, d'après l'article 29 de la loi du 19 ventose, le décret du 22 août 1854 et un second décret du 23 août 1873, ne jouissent du droit d'exercer la médecine que sous les restrictions suivantes :

Ils ne peuvent s'établir que dans le département pour lequel ils ont été reçus ; ils ne peuvent seuls pratiquer de grandes opérations, etc.

Les discussions de toute nature qui se sont élevées sur ce texte de la loi si vague cesseront-elles par la promulgation de la nouvelle loi ? Nous ne le pensons pas. « La loi ferait disparaitre bien des causes de contestation et de jugements arbitraires, dit M. Tourdes, en établissant l'unité de titre dans la profession médicale. » Tel était aussi l'avis unanime des membres du congrès en 1845.

Néanmoins aujourd'hui un brusque revirement se produit. La Commission parlementaire, le gouvernement et la plupart des cercles médicaux demandent le maintien de l'officiat. Votre Commission est, elle aussi, favorable à ce maintien ; mais voyons à quel prix. L'article 2 de la Commission et 4 du Gouvernement étendent au premier abord les attributions de l'officier de santé. « L'officier, dit le projet, pourra exercer sa profession dans toute l'étendue du territoire de la République. » Mais cette amélioration nécessaire, cette suppression de délimitation de territoire imposée à l'officier de santé, délimitation singulière, dont la raison et l'usage avaient déjà fait justice, ce nouvel avantage, disons-nous, est largement détruit par cette restriction que l'officier de santé sera exclu des chefs-lieux de département, des chefs-lieux d'arrondissement et de toutes les villes ayant une population de 10.000 habitants.

Votre Commission, plus sévère encore, demande que les villes au-dessus de 3.000 habitants soient interdites à l'officier de santé.

Cette situation nouvelle est-elle un arrêt de mort pour nos confrères ? Nous ne le croyons pas. Il reste encore à l'officier de santé un champ très large pour son exercice.

Il est vrai que les grandes opérations lui sont défendues, comme dans la loi de ventôse, mais combien de grandes opérations sont urgentes ! L'application du forceps, les amputations mêmes, la hernie étranglée, la trachéotomie, l'opération césarienne et tant d'autres ne sont-elles pas de grandes opérations qu'une nécessité d'urgence commande ?

D'un autre côté, l'officier de santé doit avoir les connaissances médicales les plus étendues. La médecine, la chirurgie, la pharmacie doiveut lui être familières. Les jurys médicaux le savent bien, eux qui semblent élever chaque année le niveau des examens de l'officiat. Aussi nous ne croyons pas à une diminution considérable du nombre des officiers de santé.

La loi nouvelle, tout en leur créant une situation différente, consacre à nouveau leur existence, et c'est justice, puisque parmi les nombreux officiers de santé qui font partie du corps médical, parmi ceux qui sont nos amis et nos collègues au sein de nos cercles médicaux, parmi ceux qui écoutent peut-être à cette séance, nous ne comptons que des confrères honorables auxquels nous pouvons tendre la main.

Les articles 4 et 5 du projet de la Commission, 10 et 11 du projet du gouvernement, ont trait à l'enregistrement du diplôme.

Ils remplacent, sans les modifier, les articles 24, 25, 26 et 29 de la loi de ventôse.

Aux termes de ces articles, le médecin doit faire enregistrer son diplôme à la Préfecture ou à la Sous-Préfecture, et au greffe du tribunal civil de son arrondissement.

Votre Commission souhaite que l'autorité devienne plus sévère pour exiger l'exécution de ces articles. En effet, cette inscription ne paraît exigée nulle part, et l'infraction à ce règlement n'est jamais poursuivie.

Combien de fois déjà votre Bureau s'est-il adressé en vain aux magistrats chargés de l'exécution de cet article de loi ! Cependant, nous voyons quelquefois les tribunaux ranger ce défaut d'inscription du titre parmi les éléments constitutifs du délit d'exercice illégal de la médecine. Grâce aux efforts de notre Syndicat et à l'activité de votre président actuel, une réaction semble se produire parmi les autorités chargées de sauvegarder nos droits. Peut-être verrons-nous avant peu cette mesure légale surgir ; elle servira, selon l'intention du législateur, à séparer le vrai médecin de celui qui en usurpe, sans droit, les attributions et le titre.

Votre Commission a passé rapidement sur les articles relatifs aux sages-femmes ; nous n'y remarquons rien de nouveau, sinon une sorte d'assimilation pour l'exercice de leur art, des sages-femmes de 1re classe aux docteurs, et des sages-femmes de 2e classe aux officiers de santé. Les dernières pourront exercer dans la même délimitation de territoire que les officiers de santé.

Les articles 8, 9, 10 et 11 de la Commission s'occupent de l'exercice en France des médecins étrangers, de leur assimilation aux médecins français. L'équivalence de leurs études et de leurs diplômes, la réciprocité stipulée dans des traités internationaux, nous semblent des questions bien difficiles à définir, et nous souhaitons que le Conseil supérieur de l'Instruction publique, qui décidera seul du mérite du médecin étranger et des épreuves à faire subir, après avoir accordé certaines dépenses, se montre très rigoureux. Nous avons tous connu des exemples déplorables de la facilité avec laquelle ces dispenses ont été accordées jusqu'ici, et nous espérons que dans la discussion inévitable qui aura lieu au Parlement, l'arbitraire et l'injustice seront écartés, et que les attributions du Conseil supérieur de l'Instruction publique seront limitées. C'est une question d'équité vis-à-vis du médecin régulièrement reçu, qui a passé par les longues épreuves du doctorat, qui a payé des droits onéreux au Trésor et donné au jury de l'Etat des preuves incontestables de science, de ne lui assimiler au même titre que des étrangers ou des savants vraiment dignes de cette faveur.

Quant aux traités internationaux qui stipulent la réciprocité en pareille matière, nous demanderons sans doute plus tard à être éclairé. La *Semaine Médicale* du 12 juin 1888 rapporte à ce sujet un fait signi-

ficatif. Elle apprend à ses lecteurs, à propos des condamnations prononcées dans certains cantons suisses, pour exercice illégal de la médecine, contre des médecins anglais qui résident dans les stations climatériques ou balnéaires, que la Suisse *n'a jamais signé de convention de réciprocité* avec une puissance quelconque.

Si votre Commission, soucieuse de sauvegarder les intérêts des médecins français régulièrement reçus, vous a révélé ses inquiétudes en vous parlant des dispenses et des faveurs que le Conseil de l'Instruction publique et le ministre peuvent accorder aux étrangers de la profession, elle s'empresse de donner son adhésion à l'article suivant, qui tolère dans certains cas l'exercice temporaire de la médecine par les internes et les étudiants dont la scolarité est terminée.

A première vue, cet article nouveau de la loi vous paraît peut-être inutile. Entre l'étudiant qui a terminé ses études et qui n'a pas encore passé sa thèse, et l'étudiant qui vient de subir cette dernière épreuve il n'y a, croyons-nous, aucune différence. Certains usages, celui notamment du médecin qui s'absente et choisit un interne des hôpitaux pour le remplacer, semblaient avoir acquis force de loi parmi nous ; mais les tribunaux qui ont pour mission d'appliquer strictement la loi, quand ils sont requis, n'ont pas admis ces usages, et dans notre département même, si nos souvenirs sont précis, un interne remplaçant un médecin fut condamné, il y a quelques années, pour exercice illégal de la médecine. Ainsi vont les choses humaines. Un rebouteur exerce au grand jour et le parquet trouve mille difficultés pour le poursuivre ; un interne des hôpitaux, studieux, instruit, expérimenté, auquel il ne manque que la consécration officielle du diplôme, se voit poursuivi pour violation de cette loi de ventôse, qui n'a pas prévu ce cas particulier. Plaise à Dieu qu'avec la nouvelle loi, de pareils scandales ne se produisent pas, que la carrière soit entr'ouverte de temps en temps à ces jeunes gens, l'espoir de la famille médicale ; qu'ils viennent aussi dans nos syndicats s'initier aux devoirs et aux droits que leur impose une pratique même temporaire. Ils ne trouveront dans nos rangs que de sympathiques confrères, prêts à encourager leurs premiers pas dans notre laborieuse profession.

Les deux derniers articles du titre 1er nous réservaient deux surprises. L'article 13 du gouvernement est ainsi conçu : « L'action des docteurs-médecins, officiers de santé et sages-femmes, pour leurs honoraires, se prescrit par cinq ans. » Depuis sept années, vos Syndicats ont lutté pour obtenir cette amélioration, car l'ancienne loi limitait à une année cette prescription. Cependant cet article nouveau et favorable à la profession médicale ne saurait abroger les décisions de votre Syndicat de Nantes. Prenons l'habitude de régler nos honoraires de six mois en six mois ou d'année en année et ne souffrons pas, comme l'indique Petit, l'auteur de la *Médecine du cœur*, « que la reconnaissance s'accumule en longues dettes ; ainsi que la mémoire, en effet, la reconnaissance s'use par les années. »

Une seconde surprise, celle-ci moins agréable, nous attendait à la fin de ce titre I. La commission parlementaire propose, article 15, que les médecins jouissent, à partir de la promulgation de la présente loi, du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884. Jusqu'ici tout est bien, mais, si nous cherchons cet article dans le projet du gouvernement, nous ne trouvons que le néant. Nous ne pouvons nous expliquer ce silence. Les syndicats existent et existeront désormais tant que la profession médicale aura besoin d'une confraternité serrée et agissante. Les syndicats ont fait leurs preuves ; ils ont facilité les relations entre confrères, ils leur ont appris à se mieux connaître, ils ont été une source de renseignements pour les affaires professionnelles, et ont attaqué de front l'exercice illégal de la médecine, cette plaie de notre profession ; ils ont été une source d'instruction pour ceux qui les fréquentent ; ils ont porté leur plaintes et leurs revendications devant les pouvoirs publics qui les ont écoutés avec faveur ; ils ont laissé à chacun de nous la plus entière liberté de faire le bien, ils ont en un mot bien mérité du corps médical. Nous avons confiance dans les membres du Parlement pour soutenir notre cause qui triomphera tôt ou tard ; notre existence légale, contestée par quelques tribunaux, ne saurait tarder à être reconnue universellement.

Nous terminons ici, Messieurs, l'étude du titre premier, qui renferme, comme vous le voyez, les bases de la loi sur l'exercice de la médecine. Le titre II, relatif aux conditions d'études, n'apporte aucun élément nouveau de discussion. Le projet de la Commission, cependant, diminue les charges qui pèsent sur le candidat au titre de docteur et n'exige plus pour l'entrée dans les hôpitaux que le baccalauréat ès-lettres ou le baccalauréat ès-ciences complet. Le baccalauréat ès-sciences *restreint* n'était cependant qu'une légère entrave au début des études médicales ; votre Commission n'a paru attacher qu'une médiocre importance à cette modification.

Enfin, vient le titre III ; après la loi, la sanction et les pénalités. Au premier abord on ne comprend pas qu'une loi si précise dans ces articles, où les conditions d'exercice sont réglées si minutieusement trouve des délinquants. Et cependant, comme vous le voyez si bien depuis quelques années, rien n'est si commun que l'exercice illégal de la médecine. Cette loi sur l'exercice de la médecine est peut-être une des lois qu'on viole le plus souvent et, disons-le, le plus impunément. Ils sont innombrables, les rebouteurs, les rhabilleurs, les renoueurs, marchands d'orviétan et autres drogues, gens du monde ou du clergé, qui spéculent sur la crédulité humaine. Les uns prescrivent habituellement, avec le prestige d'une sorte de notoriété, des remèdes aux malades par pure humanité en apparence et sans aucun esprit de lucre. L'illégalité n'en paraît pas moins manifeste. La loi n'a pas seulement pour but de protéger la profession médicale elle-même, mais encore de défendre la santé des citoyens contre les empiriques et les ignorants.

D'autres recueillent, au profit d'une bonne œuvre ou pour leur propre avantage, des honoraires qui font rêver le médecin lui-même : témoin cet empirique de notre région que la justice poursuit aujourd'hui et qui se faisait allouer cinq mille francs pour des soins imaginaires et fantaisistes.

Ces derniers ne pouvaient être avec l'ancienne loi suffisamment punis, et l'amende habituelle de 5 francs par délit était vraiment illusoire. Aussi voyons-nous, dans des cas semblables, les juges, insuffisamment armés contre le coupable, chercher à joindre au délit d'exercice illégal de la médecine le délit d'escroquerie, pour augmenter la pénalité de l'accusé. Avec le nouveau projet de loi, les juges n'auront plus à s'occuper de l'article 446 du code pénal qui prescrit une amende de simple police.

Toute personne, dit cette loi, qui ne possède pas de diplôme régulier ou qui, possédant un diplôme, ne se conforme pas aux prescriptions de la loi, commet le délit d'exercice illégal de la médecine. Le projet distingue ensuite deux catégories, celui où il y a simplement exercice illégal sans usurpation de titre, délit puni d'une amende de 100 à 500 francs, et celui où l'individu qui exerce illégalement, a usurpé le titre de médecin, inspirant ainsi aux malades une confiance imméritée ; ce deuxième cas comporte une aggravation de peine et est puni d'une amende de 1,000 à 2,000 francs. Lorsqu'il y a récidive, l'amende est augmentée et la pénalité s'aggrave d'un emprisonnement de 5 jours à un an. Votre Commission ne peut qu'approuver ces rigueurs nouvelles. Il y a une sorte de tolérance qui s'est établie partout, une lassitude générale qui fait qu'on ne veut plus s'occuper de la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Mais aujourd'hui se produit au sein du corps médical une réaction qui gagne les tribunaux eux-mêmes, et ce ne sera pas un des moindres mérites de nos Syndicats d'avoir ouvert la lutte sur ce point et d'imposer à ces parasites, qui vivent à nos dépens, une crainte salutaire.

La loi nouvelle va plus loin ; après avoir sévi contre les ennemis du dehors, elle étudie avec soin les

peines à édicter contre les ennemis du dedans et prononce le nom d'incapacité. « La suspension temporaire, dit-elle, article 28, ou l'incapacité absolue de l'exercice peuvent être prononcées contre tout médecin, officier de santé ou sage-femme qui aura encouru certaines condamnations. »

Votre Commission, tout en se défendant de l'ingérence des tribunaux dans nos affaires de famille, se voit forcée, à défaut de meilleures conditions, d'approuver ces mesures disciplinaires, non pas que nous soyons de l'avis de M. Brouardel, lorsque, dans une de ses dernières leçons, il conteste aux médecins le sens nécessaire pour faire de bons juges. « Un aréopage de médecins, dit ce professeur, serait un assemblage de juges partiaux et injustes. » Nous estimons, au contraire, qu'on peut bien être jugé même par ses pairs et surtout si ces pairs ont acquis, comme les médecins, droit à notre confiance par leur science et leur vie de dévouement. Mais avant que cette réforme d'union et de bonne confraternité tentée par les syndicats ne soit accomplie, nous pouvons ne point contester à l'État et à la justice le soin de régler nos questions de dignité professionnelle. Toutefois, votre commission estime que l'article de loi qui enlève aux médecins frappés par les tribunaux, le droit d'exercice de la médecine, parait abusif et qu'il y a lieu de voter contre cet article.

En second lieu, nous demandons que la nouvelle loi permette aux tribunaux de poursuivre, comme coupables d'exercice illégal de la médecine, les médecins qui prêtent leur assistance aux empiriques.

Nous avons fini, Messieurs et chers Confrères, cette longue étude des nouveaux projets de loi que votre commission m'a chargé de vous soumettre. Nous avons laissé de côté bien des questions secondaires, le cumul de la médecine et de la pharmacie, la question des dentistes, celle des sages-femmes et tant d'autres. Toutes ces questions pourront revenir comme questions d'actualité, lorsque les débats sur cette loi commenceront à la Chambre des députés.

Cette loi nouvelle serait un progrès sur la loi ancienne ; nous attendons avec une légitime impatience sa discussion devant les Chambres, heureux si l'heure de cette discussion arrive ; car, il faut bien le dire, les intérêts du corps médical sont trop souvent sacrifiés.

Depuis plus de quatre-vingts ans, en effet, le corps médical se plaint et demande un règlement nouveau qui puisse donner à nos inspirations et à nos vœux une satisfaction légitime.

REPORTAGE MÉDICAL

Organisation de la crémation à Paris. — Dans sa séance du 26 juin 1889, le Conseil municipal de Paris a adopté les propositions suivantes relatives à l'organisation de la crémation : 1° achèvement du monument crématoire du cimetière de l'Est (Père-Lachaise), pour lequel il sera encore dépensé la somme de 383,299 francs ; 2° installation d'un second appareil crématoire au cimetière du Sud (Montparnasse) ; 3° établissement d'une taxe pour les incinérations exécutées dans les appareils de la ville de Paris.

Chambre des Députés. — On a distribué à la chambre des députés une proposition de loi signée des députés de plusieurs départements du Midi, tendant à accorder une pension de 5,000 fr. à la veuve du professeur Planchon, de Montpellier, le propagateur des vignes américaines.

Epidémie au camp d'Avor. — On écrit du camp d'Avor qu'un grand nombre de cas d'empoisonnements viennent d'y avoir lieu. Cette intoxication, qui a atteint un grand nombre de soldats (150 environ), n'aurait pourtant été suivi d'aucun décès. La cause paraît être l'ingestion de viande de bœuf malsaine. L'animal incriminé avait pourtant été examiné, au moment où on l'avait abattu, par la commission des ordinaires. Toutefois l'autorité militaire a fait résilier le marché conclu avec le fournisseur de cette viande.

Hôpitaux de Paris. — Visite des infirmiers et infirmières à l'Exposition. — M. le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a fait commencer, dans les hôpitaux, la distribution de 2,000 tickets destinés à permettre aux infirmiers et infirmières les plus méritants de visiter l'Exposition.

M. Guéniot est nommé chirurgien en chef de la Maternité.

Suppression de l'inspectorat des eaux minérales. — La suppression des médecins inspecteurs, effectuée déjà dans 33 stations thermales, place ces stations dans des conditions toutes nouvelles, notamment en ce qui concerne le service des malades indigents.

Nous pensons être utile au corps médical des villes d'eau en portant à sa connaissance la lettre suivante qui vient d'être adressée au secrétaire du *Comité de l'Union des médecins libres*, par M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur. Ce document officiel indique, en effet, la marche à suivre par les médecins traitants pour l'organisation du service des indigents.

Voici cette lettre :

Paris, le 26 juin 1889.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que toutes les décisions relatives aux suppressions des postes de médecins inspecteurs des eaux thermales sont notifiées aux préfets des départements intéressés. Des instructions sont adressées en même temps à ces fonctionnaires en vue des mesures à prendre pour assurer des soins gratuits aux indigents admis à jouir d'un traitement thermal et pour garantir la surveillance et le contrôle du mode d'exploitation des eaux.

Les propositions que MM. les médecins traitants pourraient avoir à soumettre à ce sujet à l'administration supérieure, ne pourraient donc être utilement examinées qu'*après avis préalable des Préfets* et il est à désirer qu'elles parviennent toujours au Ministère par leur intermédiaire. On éviterait ainsi les lenteurs qu'entraîne un renvoi à la Préfecture et il serait possible au Ministre, de se prononcer sans retard ainsi qu'il l'a fait pour la proposition que vous avez adressée, de concert avec plusieurs médecins exerçants à... à M. le Préfet de votre département qui l'a soumise à l'examen de l'administration supérieure.

Recevez, etc.

Le Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique.

(*Bulletin Médical.*) *signé* : MONOD.

NECROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr DUJARDIN, à Armentières (Nord), et de M. le Dr PICHARD, à Rémalard (Orne), tous deux membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année **N° 28** 13 Juillet 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Faut-il autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques.

Cette question a été posée très légitimement à l'Académie de Médecine par le ministre de l'intérieur ; car les pharmaciens ne sont pas actuellement autorisés à vendre des substances antiseptiques, sur ordonnance de sages-femmes. Et cependant il n'est pas douteux qu'un intérêt capital s'attache à la généralisation de plus en plus complète de l'antisepsie dans la pratique des accouchements. M. *Budin*, rapporteur d'une commission nommée par l'Académie pour examiner la question et composée de MM. Bourgoin et Guéniot, outre le rapporteur, rappelle d'abord un vote, formulé en 1872 par l'Académie à la suite d'un rapport fait par M. Tarnier; par ce vote l'Académie priait le ministre du commerce de prendre les mesures nécessaires pour que les pharmaciens fussent autorisés à délivrer du seigle ergoté aux sages-femmes sur la présentation d'une prescription signée et datée par elle.

Les avantages qu'il y aurait à permettre aux sages-femmes d'être toujours munies d'antiseptiques sont incontestables ; le danger qu'on peut, il est vrai, opposer à ces avantages est la toxicité ou la causticité de la plupart des antiseptiques énergiques. La commission avait songé à autoriser les sages-femmes à prescrire des solutions mères pour les transporter facilement et préparer sur place les solutions au titre convenable. Mais elle a reconnu que le danger augmenterait par l'emploi de ces solutions si concentrées, elle a rejeté même toutes solutions de sels de mercure et proposé d'autoriser seulement les solutions de 1 à 5 0/0 d'acide borique et de 1 à 5 0/0 d'acide phénique.

Les principales réflexions qui ont été faites à ce sujet par les membres de l'Académie sont les suivantes. Les antiseptiques autorisés par la commission sont illusoires ; les préparations mercurielles et celles de sulfate de cuivre sont seules efficaces (*Charpentier*); les solutions d'acide phénique à 5 0/0 peuvent être dangereuses (*Le Fort, Tarnier*). Il ne faut aucunement autoriser les sages-femmes à manier les antiseptiques, leur instruction est trop imparfaite (*Guéniot*). Le danger de l'infection puerpérale et la nécessité de la rendre aussi rare que possible est la considération qui doit primer toutes les autres, et il faut autoriser tous les antiseptiques (*Tarnier, Le Fort, Brouardel*).

Bref, le rapport est renvoyé à la Commission à laquelle sont adjoints MM. Tarnier, Brouardel et Nocard.

L'intoxication arsenicale chronique.

MM. *Brouardel* et *Pouchet* ont tiré parti des accidents survenus à Hyères, par l'usage des vins contenant de l'arsenic, et au Havre, à la suite d'empoisonnements commis dans une pharmacie, pour étudier les formes lentes de l'empoisonnement arsenical.

Les formes de l'empoisonnement arsenical les mieux connues sont celles qui évoluent en peu de temps (formes aiguës et subaiguës).

Les intoxications lentes ou chroniques se traduisent par les mêmes symptômes ; mais ceux-ci présentent quelques caractères particuliers. On peut les diviser en quatre périodes :

Première période: troubles digestifs. — Les troubles gastriques ouvrent en général la scène, ils sont constants, mais variables (signes d'embarras gastrique, de fièvre muqueuse, vomissements, coliques, etc.).

Les caractères des vomissements diffèrent dans les intoxications aiguës et chroniques : dans celles-ci ils ne sont pas douloureux, se montrent brusquement ; ils sont, de plus, assez abondants et assez fréquents (7 à 8 par jour).

La constipation est plus fréquente que la diarrhée ; quelquefois les garde-robes sont sanguinolentes.

Deuxième période: éruptions, catarrhe laryngo-bronchique. — Le catarrhe laryngo-bronchique se traduit par une toux spasmodique, du coryza, de l'aphonie, etc. ; on entend souvent dans les bronches des râles sibilants et ronflants, les crachats sont muqueux.

Pendant cette période, quelquefois avant le catarrhe, quelquefois aussi pendant les périodes suivantes paraissent des éruptions cutanées : rougeurs ou bouffissures des paupières, du scrotum, érythèmes divers, exfoliations épidermiques furfuracées ou squameuses, etc. Mais aucune de ces dermatoses ne semble avoir de caractères assez spéciaux pour baser sur elle un diagnostic.

Troisième période: troubles de la sensibilité. — Un phénomène douloureux assez fréquent est la céphalalgie ; puis le malade ressent dans les membres inférieurs un engourdissement incommode auquel viennent souvent se joindre des crampes assez pénibles. A un degré un peu plus avancé, on observe des douleurs qui peuvent être extrêmement intenses : élancements, sensations de broiement dans les articulations tibio-tarsienne et tarso-métatarsienne. Il n'y a pas d'anesthésie véritable, mais la sensibilité est souvent assez peu prononcée, surtout aux membres intérieurs, notamment aux pieds. Pas de modifications des sensibilités spéciales (vue, ouïe, olfaction, goût).

Les sécrétions, notamment celles de la peau, semblent augmenter chez les malades jeunes. L'anaphrodisie est à peu près constante.

Quatrième période: paralysies. — Les troubles moteurs surviennent plus tard que les précédents. Parfois, quand l'intoxication est peu profonde, ils font défaut, ou n'existent qu'à l'état de vestige. Ils débutent par un certain degré d'affaiblissement musculaire, puis la parésie augmente ; le malade jette les jambes non pas latéralement mais droit devant lui. Plus tard, la marche devient complètement impossible ; lorsque le malade est assis, le pied pend flasque, en continuant presque directement la ligne droite qui passe par le bord antérieur du tibia.

Il semble que la paralysie débute par l'*extenseur commun des orteils* ; en tout cas, c'est dans ce muscle qu'elle persiste le plus longtemps ; les autres muscles de la région antéro-externe de la jambe sont atteints aussi avec une prédilection toute particulière. Tous les muscles où la paralysie est un peu prononcée sont atteints d'atrophie.

Les membres inférieurs ne se prennent que plus tardivement ; les muscles de la face et les sphincters se sont toujours montrés indemnes.

A la percussion, l'excitabilité des muscles paralysés est exagérée ; la contractilité faradique est complètement abolie ; quant à la contractilité galvanique, elle persistait sur tous les muscles qui ont été examinés. L'inversion de la formule est en somme assez rare ; mais elle se montre avec une régularité frappante sur deux muscles, toujours les mêmes : l'extenseur commun des orteils et le vaste interne.

Par l'excitation indirecte sur les troncs nerveux, on constate que faradiquement les contractions ne se manifestent pas absolument sur tous les muscles innervés par ces nerfs, tandis que galvaniquement l'excitation des mêmes troncs nerveux est suivie d'une secousse dans la totalité de ces muscles.

Au point de vue des réflexes, on note une absence constante des réflexes tendineux au niveau des membres inférieurs. Les réflexes cutanés semblent moins atteints. Quant aux réflexes crémastérien et abdominal, ils avaient chez les malades leur intensité normale.

Terminaison. — La guérison est fréquente ; mais elle se produit très lentement quand la paralysie a été bien constituée. La mort survient le plus souvent par le cœur, mais elle peut aussi se produire par un autre mécanisme.

La quantité de poison ingérée peut n'être pas suffisante pour déterminer la mort dans les quel-

FEUILLETON

Les dîners médicaux à Paris

Les premiers chrétiens avaient institué des agapes fraternelles, où ils rompaient ensemble le pain symbolique et cherchaient à développer parmi eux le grand principe de leur fondateur : Aimez-vous les uns les autres !

Je ne pense pas que ce soit le même idéal qui ait présidé à la fondation des innombrables dîners scientifiques, qui pullulent dans la capitale, mais ils aboutissent quand même au même résultat et contribuent certainement à entretenir l'intimité et la solidarité dans la grande famille médicale, dont les membres sont dispersés aux quatre points cardinaux.

On ne se verrait que fort peu, et l'herbe pousserait sur le chemin qui conduit à bien des demeures amies, sans ces occasions de se rencontrer à jour fixe.

Le médecin de quartier surtout est absorbé par sa clientèle et n'a guère de loisirs, mais il se donne un congé de temps en temps, pour aller se retremper là-bas, sous les lambris dorés du restaurant en vogue (on fait généralement un choix judicieux.) — Ces petites fugues sont pour bien des praticiens une occasion de fuir leur foyer, qui est quelquefois une glacière, de rompre avec la monotonie du pot-au-feu conjugal et de retrouver de vieux camarades d'études que l'on n'a pas revus quelquefois depuis plusieurs calendriers jaunis ! Les célibataires qui s'ennuient partout et les gens mariés qui ne s'ennuient que chez eux répondent donc avec empressement à l'appel des organisateurs.

Lorsque vers 7 heures du soir, vous rencontrerez un monsieur, vêtu de noir, cravaté de blanc, avec un chapeau à large bord et cet ensemble un peu grave, et toujours correct, qui caractérise l'allure doctorale, soyez sûr que c'est un médecin qui va à un rendez-vous gastronomique, — à un vrai délassement, où de nouveaux amis remplacent ceux qui ont disparu et qu'on n'oublie pas pour cela.

Sa démarche, plus légère que ne le comporteraient son âge et son ministère, indique nettement qu'il a dit momentanément adieu à ses préoccupations habituelles, soucis domestiques ou de clientèle ; il se pourlèche par avance les lèvres, en songeant au menu savoureux qu'il va

ques jours qui suivent son absorption. Le poison peut même avoir le temps de s'éliminer, mais les modifications anatomiques survenues dans les cellules hépatiques, rénales et dans les fibres musculaires survivent à sa présence, et la mort en est la conséquence par un processus qui peut se comparer à celui de l'intoxication alcoolique.

Moyens de reconnaître l'intoxication arsenicale pendant la vie. — Tout d'abord le médecin doit faire analyser les urines. Il faut qu'il les recueille lui-même pour éviter une substitution. La recherche de l'arsenic dans les urines ne présente aucune difficulté et elle constitue un précieux moyen de contrôle, car l'arsenic existe dans l'urine non seulement quelques minutes après l'ingestion, mais encore lorsque cette ingestion a cessé depuis un temps relativement long (quarante jours dans une observation du docteur Gaillard).

On peut en outre faire couper les cheveux et la barbe pour y faire la même recherche.

Ces résultats, applicables en clinique, sont d'ailleurs expliqués par ceux que M. Pouchet a obtenus dans ses analyses chimiques.

Répartition de l'arsenic dans le corps humain. — Dragendorff avait émis autrefois l'hypothèse que l'arsenic pouvait se substituer au phosphore dans le tissu osseux, mais la démonstration de cette hypothèse n'avait pas été faite. Les expériences que vient de faire M. Pouchet ont donné les résultats suivants : quel que soit le mode d'introduction de la substance toxique, ingestion gastro-intestinale, injection hypodermique ou intraveineuse, l'arsenic s'accumule très sensiblement dans le tissu spongieux des os et s'y fixe de telle façon que sa présence peut être décelée dans les os du crâne et les vertèbres notamment, quelque temps après que toute trace du poison a disparu des viscères dans lesquels il se localise en plus grande quantité, tels que le foie.

Cette localisation dans le tissu spongieux est particulièrement nette et intense lorsque l'arsenic est absorbé par petites doses longtemps prolongées. C'est, au contraire, plutôt dans les os riches en tissu compact que l'arsenic se retrouve lorsque le poison a été absorbé à doses capables de déterminer en quelques heures des accidents sérieux.

L'arsenic ainsi localisé est éliminé avec une grande lenteur et, sur un certain nombre d'animaux, on retrouve des traces nettement appréciables d'arsenic jusqu'à huit et dix semaines après la cessation de toute absorption arsenicale.

La recherche de l'arsenic dans les différents viscères des animaux sacrifiés a conduit, au contraire, à des résultats absolument négatifs, en général à partir de la troisième semaine.

L'expérimentation sur les animaux a permis également de constater une élimination assez intense de l'arsenic par la peau et les poils sur les chiens et les lapins.

Ces conclusions, jusqu'ici purement expérimentales, ont été confirmées par les recherches toxicologiques faites au sujet des empoisonnements du Havre.

La présence de l'arsenic constatée dans les os du crâne, les vertèbres, la peau, les cheveux, les ongles des personnes ayant succombé à l'intoxication, doit faire ranger parmi les faits définitivement acquis à la toxicologie humaine, la localisation de l'arsenic dans le tissu spongieux des os, ainsi que son élimination par les cellules épidermiques.

Il n'est pas sans intérêt, tant au point de vue toxicologique qu'au point de vue de la parenté chimique, de rapprocher cette localisation, de l'arsenic ingéré à petites doses, dans le tissu spongieux des os, de celle que l'on observe dans le même tissu et dans les mêmes conditions avec le phosphore.

M. *A. Gautier* rappelle qu'un médecin de Moscou, M. Skolobousoff, a publié un mémoire dont les conclusions sont conformes à celles de M. Brouardel.

En Russie, à Moscou en particulier, les paysans pour se préserver de la vermine, ont l'habitude

---

déguster. Il est rare qu'il ne soit pas gourmand ; mais, si les plats qu'on lui sert et qui ne sont pas vierges de ptomaïnes, ne valent pas, généralement, ceux qu'on lui présente à sa table habituelle, ils sont du moins assaisonnés de saine gaieté. — Les vins de toutes couleurs, de toutes provenances, peuvent être de qualité inférieure, mais ils prennent un arome particulier et produisent une délicieuse griserie, au souvenir du passé, au rappel des heures folles et laborieuses, si vite envolées, du quartier latin, de cet heureux temps de l'âge d'or, qui nous apparaîtra toujours ensoleillé, dans le lointain brumeux !

« Te souviens-tu ? », revient souvent dans les conversations; le « te souviens-tu » des rôtis coriaces, des radis creux, des œufs sur le plat qui sentaient la paille, des viandes problématiques, des assiettes ébréchées, de tout ce qui coupe net l'appétit d'un honnête homme et surtout des chambrettes malpropres, au lit si dur, qui était cependant si apprécié ! On reprend les tutoiements d'autrefois, avec l'abandon attendri des fins de repas, car on est volontiers disposé à s'épancher, à l'heure du champagne, ce vin jaseur, conseiller de folies, qui met de l'or dans les verres et de l'expansion dans les cerveaux !

Le dîner fait, on digère ou raisonne,
On conte, on rit, on médit du prochain
(Voltaire).

J'ai lu avec stupéfaction dans les *Idées et Sensations* des frères de Goncourt que « dans les dîners d'hommes, il y a une tendance à parler de l'immortalité de l'âme, au dessert. »

Je ne sais pas ce qui se passe dans les milieux fréquentés jadis par les deux écrivains ; mais ce dont je suis sûr, c'est que, dans le milieu médical, les conversations prennent une toute autre tournure, beaucoup plus vraisemblable. — On se dédommage de la gravité des jours précédents et on glisse facilement sur la pente de la gauloiserie. Armand Sylvestre trouverait à glaner plus d'un conte grassouillet, parmi les racontars qui partent comme des fusées, au cliquetis accompagnateur d'un robuste octave de notes joyeuses. Les plus sombres se déridènt et lâchent eux-mêmes quelques frivolités, après avoir bu et mangé comme les héros d'Homère. — Je n'ai pas de parallèle à établir ; mais, si j'avais à choisir dans les deux volumes que M. Arthur Dinaux a consacrés à l'histoire des sociétés mangeantes et des soirées culinaires, loin de considérer les festins médicaux comme offrant un cachet d'austérité et

de répandre sur le sol et les meubles de leurs cabanes, et même sur leur propre corps, une poudre arsenicale que leur procurent des marchands ambulants. L'usage de cette poudre n'est pas inoffensif ; elle donne souvent lieu à des accidents toxiques : ce sont ces accidents qui ont donné à M. Skolobousoff l'idée de rechercher les différentes localisations de l'arsenic dans l'économie.

D'après M. Skolobousoff, que M. Gautier a secondé pour la partie clinique, l'arsenic est localisé d'abord dans la moelle, puis ensuite dans le foie, les muscles et finalement dans les os. Quant à ce qui concerne la substitution de l'arsenic au phosphore dans les os, c'est un fait qui a été mis en lumière pour la première fois par M. Papillon, et ensuite par M. Rabuteau. M. Dragendorff, cité par M. Brouardel, n'a fait que continuer les recherches de ces auteurs. C'est donc là une découverte d'origine française.

M. *A. Ollivier* a constaté souvent les vomissements sanguinolents dans l'empoisonnement par l'arsenic. M. Brouardel n'a pas vu ce symptôme dans les cas qu'il a observés.

Le bacille de la fièvre typhoïde et le cidre.

M. *Louis Olivier* a fait à la Société de biologie une communication qui ne peut manquer d'intéresser nos confrères exerçant dans les pays où le cidre est la boisson ordinaire. Au cours d'une étude poursuivie sur les eaux du Havre et des environs, M. Olivier a découvert, en octobre 1888, le bacille d'Eberth dans une mare de Graville. Cette mare reçoit les purins de plusieurs fermes récemment visitées par la fièvre typhoïde.

Or, l'eau de la mare de Graville est fréquemment employée à la fabrication du cidre.

M. Olivier a été ainsi amené à chercher si la fermentation du cidre tue le bacille d'Eberth ou en atténue la vitalité.

La culture pure en bouillon de veau et sur pommes de terre, enfin l'inoculation intra-péritonéale aux souris blanches ont établi que la fermentation alcoolique du jus de pommes n'avait aucunement modifié les propriétés connues du microbe.

L'auteur a voulu savoir si le cidre peut constituer un milieu de culture pour ce micro-organisme ; dans ce but il a stérilisé le cidre étendu d'eau, il y a semé le bacille d'Eberth qui ne s'y est développé ni à la température ordinaire, ni à 35 degrés. La durée du séjour dans le cidre nécessaire pour tuer ce microbe n'est pas encore déterminée.

Quoi que l'expérience apprenne à cet égard, le fait que la fermentation du cidre ne détruit pas le bacille d'Eberth doit être pris en sérieuse considération. Il y a donc lieu de se demander si le cidre ne constitue pas très souvent le véhicule de la fièvre typhoïde. Cette maladie a régné, depuis deux ans, sous forme d'épidémie, dans toute la Normandie, et elle a causé beaucoup de dé… parmi une population de paysans qui ne boivent presque jamais d'eau. C'est une idée très répandue parmi eux que l'eau de mare, — quelques-uns disent le purin, — bonifie le cidre. Il n'est pour ainsi dire point de paysan en Normandie qui, à son moût de pommes, n'ajoute une ea… infecte et dégoûtante, chargée de germes pathogènes. Puisque la fermentation du cidre ne tue pas ceux qui produisent la fièvre typhoïde, on conçoit que cette boisson puisse contribuer à la propager.

Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des périnéphrites, de cause rénale.

M. *Albarran*, l'un des élèves les plus distingués du professeur Guyon a, comme on sait, fait de remarquables recherches sur les microbes pathogènes des accidents urinaires. Aujourd'hui il a étudié la périnéphrite de cause rénale. Il y en a trois variétés :

1° La périnéphrite ordinaire dans laquelle la capsule propre du rein est épaissie et plus ou moins confondue avec l'enveloppe graisseuse du rein qui présente de nombreux tractus fibreux

---

de gravité raisonneuse, je les rapprocherais bien plutôt des académies badines suivantes, dont le titre dit l'esprit :

Les chevaliers de Sans-Souci, la compagnie des Réjouis, la confrérie de Plaisance, l'ordre de Notre-Dame de Toute-Joie et de l'aimable commerce, les frères de la Jubilation, la société du Bon Voisinage, les Bons Vivants et enfin les Cœurs Réunis !

Personne ne se scandalise, pas même les garçons qui font le service et qui trouvent toujours moyen de prolonger leur présence dans la salle, sous un prétexte quelconque, afin de ne rien perdre de ce régal pimenté et aphrodisiaque.

Il n'y a pas à craindre d'effaroucher les oreilles trop pudiques des auditeurs ; ils sont trop vieux barbons, pour la plupart, et ils ont trop vu la nature de près, sous toutes ses faces, pour rougir comme une mariée, vers minuit, lorsqu'on la conduit à la chambre nuptiale.

« *Inveni requiem*, est-on tenté de s'écrier ; *spes et fortuna, valete.* »

Ce n'est qu'une halte et on se hâte d'en profiter ; car, au moment de la séparation, l'aube du lendemain tyrannique, avec toutes ses exigences, montre déjà le bout du nez, son vilain nez, qui n'est nullement rose, comme voudraient nous le faire croire les poètes.

On se hâte de revenir au bercail, de regagner son lit (cet excellent portefeuille à deux places où nous oublions, pendant une moitié de la vie, les chagrins de l'autre moitié), sans souci des appels désespérés des demoiselles hospitalières qui font la navette sur les boulevards. — Cette réserve n'empêchera pas Madame Xantippe d'être de mauvaise humeur et d'attribuer au retardataire divers péchés dits mignons, dont il est parfaitement innocent. — Il est vrai que, comme dans la pièce du Parfum, grâce à l'influence capiteuse de la soirée, le Céladon suspecté est capable de prouver éloquemment à son aigre moitié qu'elle se trompe !

Macte animo, generose … *doctor* !

Chaque réunion a naturellement son aspect particulier.

C'est habituellement dans les dîners des sociétés médicales de chaque arrondissement qu'on trouve le plus d'abandon et de cordialité. Il n'y a pas d'intrus, ni de pose ; on se connaît plus ou moins intimement et il est rare que la soirée ne se termine pas par un petit bac, ou par des chansonnettes. — Celles-ci remplacent avantageusement

Cette périnéphrite est commune dans les pyélonéphrites.

2° La périnéphrite graisseuse, déjà décrite par Hartmann et Hallé, très remarquable dans certaines pyélites calculeuses. Dans un cas, on a vu la graisse se substituer au rein qui n'était plus représenté que par les calices dilatés contenant des calculs. Cette périnéphrite graisseuse est un des caractères anatomiques les plus frappants de la tuberculose caverneuse du rein.

3° La périnéphrite suppurée. L'abcès peut siéger *au-dessous de la capsule propre* et alors les collections peuvent être petites et multiples ; ou dans certains cas envelopper complètement le rein qui baigne directement dans le pus. Dans ces cas, la capsule propre finissant au niveau du hile, le bassinet se trouve en dehors de l'abcès. Lorsque la collection purulente se développe entre les lamelles cellulo-graisseuses du tissu périrénal, le rein est, comme dans le cas précédent, refoulé en avant, sa capsule propre est épaissie, tomenteuse et adhère au parenchyme, ou bien elle est si mince qu'on la voit à peine ; elle peut être perforée dans une plus ou moins grande étendue.

Que l'abcès soit sous-capsulaire ou extra-capsulaire, la poche présente souvent un aspect grisâtre et est parcourue par des veines transversales, surtout en arrière. Le rein lui-même peut être atteint de pyonéphrose et former une seconde poche incluse dans l'intérieur de l'abcès. Or, il est arrivé à plusieurs reprises qu'on a ouvert par la néphrotomie l'abcès périnéphrétique, alors qu'on croyait ouvrir le rein. Le diagnostic peut se faire parce que la poche périnéphrétique ne suit pas les mouvements respiratoires, tandis que le rein atteint de pyonéphrose se déplace pendant l'inspiration.

Dans sept examens bactériologiques du pus des abcès périnéphrétiques Albarran a trouvé 4 fois la bactérie pyogène pure ; une fois cette bactérie associée à des microcoques, deux fois uniquement des coques pyogènes. Dans les coupes colorées on voit que les microbes traversent les parois du bassinet et qu'ils peuvent aussi passer directement du rein à la capsule.

Expérimentalement l'injection de microbes pyogènes dans l'uretère, suivie de la ligature du conduit, peut déterminer l'invasion du tissu périrénal. Les microbes suivent les voies lymphatiques.

La différence de la vascularisation lymphatique du rein et de la vessie explique la rareté relative des abcès péri-vésicaux de cause vésicale.

Deux fois, en injectant des microbes pyogènes dans le sang d'un lapin Albarran a déterminé en froissant le rein et le tissu périrénal, une néphrite et périnéphrite suppurée. Cela confirme l'hypothèse du microbisme latent et rend compte des abcès provoqués par les contusions directes ou par la contusion indirecte se produisant, lors de marches forcées ou d'exercices violents, par la locomotion normale exagérée du rein.

Lois qui président à la création des sexes.

Sur cette question qui a de tout temps préoccupé le monde médical et aussi les laïques, M. le Dr *Augustin Cleisz,* vient de soutenir une fort bonne thèse dont les conclusions sont faites pour éclaircir quelques-unes des obscurités qui enveloppent le problème.

D'après les statistiques de différents pays et de différentes époques, un excédent de garçons supérieur au rapport normal des sexes est un signe de faiblesse et non de force ; cet excédent croît chez les peuples en décadence ; il est plus élevé dans les campagnes que dans les villes où l'on a une meilleure alimentation et moins de fatigue. Au contraire, il y a excédent relatif de filles quand il y a prospérité publique, et cet excédent est inversement proportionnel à la cherté des vivres. Enfin, il y a plus de filles chez les personnes aisées ; il y a prédominance de garçons chez celles qui sont de condition inférieure.

Les mariages entre proches parents sont moins féconds que les autres, ils amènent un grand excédent de garçons.

---

les toasts cérémonieux, qui, dans les associations plus importantes, sont le cauchemar de ceux qui les portent et de ceux qui les subissent.

J'en ai cependant entendu de bien fins, à diverses reprises, dans des agapes, où MM. de Lesseps, Anatole de la Forge, Durand-Claye, etc., ne manquaient jamais de se prodiguer et de tirer de véritables feux d'artifice de verve et de bonne humeur. L'esprit y pétillait comme le vin de la sémillante veuve Clicquot, que, charmés, les convives oubliaient au fond de la coupe de cristal. — Ce n'était pas comme à la Chambre, parbleu !..

Dans d'autres banquets on passe également de fort agréables soirées. Le Dr Lécuyer y a dit : Le *Voyage anatomo-pathologique* et la *Mélancolie du disséqué* ; le Dr Lassalle y a susurré, avec l'accent voulu, les tartarinades d'un chasseur de lions : ce sont des souvenir ineffaçables ; — cela ne s'oublie plus !..

A certains dîners la plupart des adhérents président à tour de rôle et sont tenus d'interrompre les propos de l'auditoire, pour y substituer un échantillon de leur prose. J'ai regretté bien des fois qu'on n'ait pas conservé et réuni en bloc la plupart des boniments débités à cette occasion. Un grand nombre méritaient d'échapper à l'oubli.

Inutile d'ajouter que les cannes, parapluies, apologies politiques et autres ustensiles de discorde, sont rigoureusement consignés au vestiaire. — Du reste, personne n'a jamais songé à abuser de sa présidence éphémère pour poser sa candidature à celle de la République.

— J'ai souvent pensé qu'on pourrait avantageusement remplacer le toast par un récit, par une aventure ou quelques anecdotes intéressantes. — Chacun serait mis à contribution d'une histoire, d'une gaudriole ; on tirerait au sort, comme dans la complainte du petit navire et il serait même permis de tricher, de façon à ce que le plus jeune ne fût pas obligé de s'exécuter le premier. — Il y aurait tout avantage à ce que les anciens ouvrissent le feu.

Si l'idée de ce nouveau Décaméron ne paraît pas trop biscornue, j'espère qu'elle trouvera des parrains au dîner des Trente ou à la Presse scientifique. Il y a dans ces deux camps assez d'éléments exhilarants et d'esprits primesautiers pour que mon ballon d'essai prenne un grand essor !

Dr GRELLETY.

Il naît plus d'enfants pendant les mois chauds que pendant les mois froids ; l'accroissement du chiffre des naissances est inversement proportionnel à l'excédent de garçons ; il naîtra donc plus de garçons en hiver qu'en été.

L'illégitimité diminue d'une manière sensible l'excédent de garçons ; la mortinatalité plus grande parmi les garçons que parmi les filles est moindre parmi les enfants naturels que parmi les légitimes.

L'embryon mal nourri tend vers le sexe masculin ; son sexe est susceptible d'être modifié par les circonstances extérieures jusqu'au 27e jour de la vie embryonnaire.

Quand le père est beaucoup plus âgé que la mère, le produit de conception tendra vers le sexe masculin ; il en sera de même, quand il sera beaucoup plus jeune. Le père dans la force de l'âge engendrera plus de filles ; épuisé, plutôt des garçons.

Les primipares très jeunes tendent à avoir des filles ; simplement jeunes ou âgées, elles auront plutôt des garçons. Les mères de bonne santé, d'un robuste appétit, auront plutôt des filles ; au contraire, les mères épuisées par un accouchement encore récent, par l'allaitement, etc... auront plutôt des garçons.

Les premiers nés hors mariage sont plutôt des filles.

Plus l'intervalle entre deux naissances est grand, plus on a de chances d'avoir un garçon.

L'hérédité n'est pas sans influence sur la détermination du sexe ; on constate le fait, on ne l'explique pas.

D'une manière générale, un œuf plus mûr assurera plutôt la naissance d'un mâle, et un œuf moins mûr la naissance d'une femelle.

Le fait seul de cette longue énumération des diverses influences capables de déterminer le sexe dans un sens ou dans un autre, peut faire comprendre qu'on se berce d'illusions, si l'on espère arriver un jour à la création volontaire des sexes.

Oui, on créera un sexe à volonté, si l'on réunit toutes les conditions les plus favorables au développement de ce sexe ; mais qui sera à même de réunir toutes ces conditions ? Aussi, quoi que nous fassions, sans doute, la constance du rapport des sexes, à part quelques variations locales, restera-t-elle toujours la même.

Mais, s'il en est ainsi pour l'homme, il en est tout autrement pour l'animal, et, comme on peut avoir un grand intérêt à procréer des individus d'un sexe plutôt que d'un autre, rien n'empêchera de se placer dans les conditions voulues pour atteindre ce but, et, comme dit Thury, ce n'est pas la première fois qu'une découverte purement scientifique sera devenue un élément appréciable de richesse sociale. »

CHIRURGIE PRATIQUE

Des accidents dus à l'emploi des antiseptiques en chirurgie (suite) (1).

BICHLORURE DE MERCURE.

Les sels mercuriels sont les meilleurs agents microbicides que la chimie minérale puisse nous offrir ; mais ils sont tous plus ou moins toxiques et on ne doit les manier qu'avec les plus grandes précautions.

On emploie le bichlorure de mercure ou sublimé en solution dans le traitement des plaies chirurgicales depuis 1881 et, comme sa valeur antiseptique est 800 fois supérieure à celle de l'acide phénique dont il n'a pas d'ailleurs l'odeur tenace et parfois désagréable, on a songé aussitôt à l'employer dans l'antisepsie obstétricale ; c'est même dans la pratique de cette dernière que l'on a eu à relever les plus nombreux faits d'intoxication. La solution habituellement employée au début était la liqueur de Van Swieten contenant 1 gr. pour 1000 ; puis on a eu recours avec prudence aux solutions plus faibles à 1 gr. pour 2 et 3000.

Les solutions de sublimé peuvent produire des accidents locaux et des accidents généraux.

1° Localement, les applications permanentes de compresses humides imbibées de solutions de sublimé produisent une induration spéciale de la peau qui entoure la plaie et les bords de celle-ci. Les bourgeons charnus deviennent facilement saignants et on voit parfois au moment des pansements une véritable hémorrhagie en nappe se produire. Chez un certain nombre de sujets, nous avons vu se faire autour des plaies des érythèmes et des éruptions vésiculeuses plus ou moins abondantes.

D'autres fois on peut voir un véritable exanthème scarlatiniforme qui se limite en général au voisinage de la plaie, mais qui dans certains cas peut s'étendre à toute la surface du corps. Cet exanthème s'accompagne d'une sensation de cuisson ardente de la peau, et il y a une fièvre plus ou moins vive.

On peut et on doit éviter facilement l'induration du bord des plaies dont nous avons parlé. Elle nous semble un phénomène tout comparable à ces indurations épidermiques péri et sous-unguéales qui surviennent aux doigts de beaucoup de ceux qui manient les solutions mercurielles. On sait aussi, d'après les recherches d'un chimiste allemand, Laplace (1), que les solutions ordinaires de sublimé dans l'eau et l'alcool produisent avec les substances albuminoïdes des tissus animaux, des albuminates insolubles dépourvus de toute propriété antiseptique. Si, au contraire, la solution est acidifiée à l'aide d'acide tartrique, les albuminates ne se forment pas. C'est pourquoi nous avons, il y a bientôt deux ans, remplacé notre ancienne formule pour la solution à 1 pour 1000 par celle-ci :

Bichlorure de mercure....	1
Acide tartrique...........	5
Eau distillée.............	1000

2° Les *accidents généraux* dus à l'usage du sublimé sont beaucoup plus sérieux. Dans les cas les plus légers on observe les symptômes classiques de la stomatite mercurielle ; la langue devient un peu rouge et sensible, la salivation se montre et un liseré fongueux apparaît au bord des gencives. Cette stomatite se déclare parfois très rapidement ; d'autres fois longtemps après le début de l'emploi de la solution bichlorurée ; elle est souvent la seule marque de l'intoxication et elle peut presque toujours être évitée si les malades ont une hygiène buccale bien entendue. On a en effet depuis longtemps observé que

(1) Voir le *Concours médical* du 1er décembre 1888.

(1) *Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 40, 1887

la gingivite mercurielle se montre surtout chez les sujets dont la bouche est garnie de dents cariées et dont les gencives sont recouvertes d'une épaisse couche de tartre.

La muqueuse digestive étant une des voies d'élimination des sels mercuriques, l'intoxication grave s'accuse généralement d'abord par des troubles du tube digestif. Les lésions de l'intestin sont en effet constantes chez les sujets qui ont succombé. La muqueuse intestinale est congestionnée et présente dans les cas récents des ecchymoses nummulaires, un piqueté hémorrhagique souvent trés confluent. Dans le gros intestin, spécialement au niveau du côlon et du rectum, les plaques hémorrhagiques sous-muqueuses sont plus étendues ; bientôt, quand le sujet ne succombe pas au début de l'intoxication, au niveau des infarctus ecchymotiques, la muqueuse se détruit et il se forme de vastes ulcérations sanieuses irrégulières qui ont été bien décrites dans ces derniers temps par Charrin et Roger. Le foie lui-même est frès fortement congestionné ; et récemment M. Legrand, interne des hôpitaux, pouvait démontrer l'action élective du mercure sur la cellule hépatique ; fait histo-chimique qui explique très bien les altérations graves qui ne tardent pas à s'établir dans l'organe.

Ces altérations amènent des symptômes qui appellent l'attention du clinicien ; le malade accuse d'abord quelques coliques ; puis il est pris d'une diarrhée abondante qui ne tarde pas à devenir très liquide. Bientôt elle a une odeur infecte, elle est glaireuse et verdâtre ; les besoins d'expulsion sont continuels, le ventre est tendu, météorisé, uniformément douloureux. Enfin, dans les cas graves qui doivent se terminer par la mort, la défécation devient involontaire et le malade succombe dans l'adynamie et la prostration.

Tel est le tableau général des troubles digestifs ; et il ne faut pas oublier qu'ils peuvent se montrer sans être précédés ou même accompagnés par les altérations de la muqueuse buccale dont nous avons parlé plus haut.

Dans les cas légers tout peut se borner à des attaques de coliques suivies d'une abondante évacuation intestinale, et on peut voir ces attaques se montrer chez un même sujet, chaque fois qu'on renouvelle un pansement, ou que l'on fait dans une cavité muqueuse, l'utérus ou le vagin par exemple, une injection mercurielle.

Tous les phénomènes dont nous venons de parler s'accompagnent d'une céphalalgie intense, opiniâtre ; le malade est agité, en proie à un grand malaise général ; il ne peut trouver un moment de sommeil. Bientôt, si l'état s'aggrave, un grand abattement l'envahit, son intelligence devient paresseuse et il tombe dans le marasme final. On trouve alors le cerveau quelquefois congestionné et même offrant un léger piqueté hémorrhagique.

Le rein est encore une voie d'élimination des plus importantes pour les sels mercuriels ; et on peut déceler très vite leur présence dans le filtre urinaire. L'urine présente souvent une coloration rougeâtre toute spéciale ; elle est légèrement trouble immédiatement après l'émission et elle devient fluorescente dans l'obscurité. Chauffée avec la liqueur de Fehling, elle donne une coloration jaune tout à fait caractéristique. La chaleur et les acides y décèlent un léger nuage albumineux, mais il n'a pas une grande valeur pronostique, il indique seulement l'élimination des sels de mercure. Au contraire, si les lésions rénales s'établissent, l'albumine devient beaucoup plus considérable, elle précipite abondamment et l'urine est remplie de cylindres hyalins ; finalement il se produit une véritable anurie, les déchets organiques s'accumulent dans le sang et le malade peut succomber par urémie. A ce propos il faut encore noter que l'albuminurie, la diminution progressive et lente du taux de l'urée dans l'urine, symptômes d'une néphrite parenchymateuse facile à constater à l'autopsie, sont dans certains cas les seuls signes d'une intoxication chronique qui ne se révèle par aucun des troubles digestifs que nous avons signalés plus haut.

Les lésions constatées à l'autopsie sont celles de la néphrite parenchymateuse aiguë ; Prévost a signalé d'abondants dépôts calcaires dans les tubes droits de la substance corticale. Ces altérations du rein peuvent, comme on le comprend facilement, jouer un grand rôle dans les cas de terminaison fatale qui surviennent quelques jours après que l'on a cessé tout emploi des liquides mercuriels.

La température se maintient normale pendant l'évolution de tous ces phénomènes ; à la fin elle tend à s'abaisser au-dessous de la normale. D'après les expériences de MM. Doléris et Butte (Recherches expérimentales sur l'intoxication par le sublimé. *Nouvelles archives d'obstétrique et de Gynecologie*, 1887) l'abaissement thermique, surtout lorsqu'il est graduel et progressif, serait un signe précoce de l'intoxication. Aussi faut-il surveiller avec soin la température des malades chez qui on emploie les lavages au sublimé. Cependant, on observe quelquefois chez les malades une élévation de température ; elle est due aux ulcérations étendues de l'intestin ou à un état septicémique causé par la putridité de la cavité utérine, dans les cas de rétention placentaire et de putréfaction du délivre.

Le pouls est, dans tous les cas, petit, fréquent et très irrégulier ; il n'a, en somme, rien de très caractéristique.

Dans un certain nombre de cas, on voit survenir des éruptions cutanées polymorphes, papuleuses, vésiculeuses, scarlatiniformes même. On peut y reconnaître les trois variétés d'éruptions hydrargyriques décrites par Bazin. Cet auteur les avait classées, d'après leur intensité et la gravité du retentissement sur l'état général, en *mitis*, *febrilis*, *maligna* ; nous ne faisons que les signaler.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte que l'intoxication par le sublimé employé en chirurgie générale et en obstétrique doit toujours être redoutée et considérée comme un accident sérieux. Ceci est d'autant plus vrai que l'on a observé que des accidents en apparence légers au début pouvaient devenir très graves dans la suite, même chez des sujets qui avaient absorbé de petites quantités de la substance toxique. Il faut donc prendre de sévères précautions si l'on veut éviter les accidents.

Et d'abord, on ne l'emploiera pas chez les enfants et les vieillards très avancés en âge qui ont une force de résistance beaucoup moins considérable que l'adulte. On devra toujours s'assurer du bon fonctionnement des reins, de l'intestin et du foie, puisque ces divers émonctoires sont les voies d'élimination naturelles du poison et que ce-

lui-ci pourra les attaquer d'autant plus facilement quo leur intégrité sera moins parfaite.

Quand on voudra traiter une plaie fraîche par les solutions de sublimé à 1 pour 1000 (liquour de Van Swieten) il faudra surtout, si la surface traumatique est étendue, so contenter de la toucher une seule fois avec la solution, et n'employer pour les irrigations avant la réunion que des solutions à 1 pour 3000 ou 4000. Max Schede n'emploie même que la solution à 1 pour 5000 et il n'a pas eu à enregistrer d'accidents.

Quand on se proposera d'irriguer pour en obtenir la désinfection une plaie vaste, anfractueuse, pourvue de clapiers, il faudra assurer l'évacuation parfaite de ceux-ci, de sorte qu'il ne puisse s'accumuler de solution dans des points où sa stagnation prolongée exposerait fatalement à l'absorption.

Les irrigations de sublimé sur les surfaces muqueuses saines, et là nous avons surtout en vue la muqueuse génitale de la femme, sont inoffensives. Aussi, après un accouchement laborieux, il faudra se défier des plaies profondes, des lacérations étendues du col et du vagin, des déchirures périnéales, qui peuvent offrir des surfaces absorbantes, point de départ des accidents mortels.

Dans tous les cas où l'on usera du sublimé en lavage, l'examen quotidien de l'urine est indispensacle. L'albuminurie précoce est un bon signe de l'absorption du sublimé ; il en est de même de la réaction jaune de l'urine chauffée avec la liqueur de Fehling.

Quand les accidents se montrent, la suppression du sublimé dans les pansements et les lavages est la première mesure à prendre. Il faut ensuite combattre l'intoxication par les moyens les plus appropriés pour favoriser l'élimination du poison. On activera le fonctionnement rénal au moyen de diurétiques, de la digitale, de l'oxymel scillitique. Le chlorate de potasse en solution dans une potion à la dose de 5 à 6 gr. par jour a aussi été conseillé par quelques auteurs.

La diarrhée ne doit pas être trop brusquement supprimée, car elle est un moyen d'élimination du poison, mais on pourra faire prendre au malade des boissons émollientes en assez grande abondance, eau de graine de lin, tisane de guimauve, et pour diluer les matières intestinales. Cependant, quand elle deviendra menaçante, il faudra la combattre par les moyens usuels, narcotiques, eau albumineuse, bismuth, électuaire de diascordium, thé alcoolisé. Si l'abdomen est douloureux, il sera maintenu à une température chaude et constante à l'aide d'embrocations d'huile de camomille camphrée et de l'application d'une feuille de gutta-percha recouverte d'ouate. Dr BARETTE.

LA DIPHTHERIE

Nouvelles recherches sur le poison diphthérique.

Cette question, à laquelle tant de travailleurs sont attelés, ne peut manquer de faire de grands progrés maintenant que les méthodes les plus perfectionnées de la technique microbienne sont utilisées ot que la chimie vient éclairer le microscope.

Le remarquable mémoire publié en décembre dernier dans les belles Annales de l'Institut Pasteur par MM. *Roux* et *Yersin* vient d'être suivi d'une nouvelle communication où ces laborieux chercheurs apportent des résultats complémentaires (25 juin 1889).

Ils ont établi, nos lecteurs le savent (1), que le microbe de la diphthérie soupçonné par Klebs, décrit par Loëffler, démontré pathogène par Roux et Yersin, fabrique au niveau des fausses membranes un poison chimique dont l'absorption est la cause des accidents généraux. C'est à l'étude de ce poison chimique, des caractéres de sa toxicité et des réactions qui peuvent la modifier que MM. Roux et Yersin se sont attaqués cette fois.

Le chien tout comme le cobaye est sensible au poison de la diphthérie et peut être tué par ce poison. Des expériences dues à M. Nocard montrent que les ruminants peuvent également être empoisonnés par les produits de la sécrétion du bacille de Klebs.

Le poison de la diphthérie doit être rapproché des diastases. Il est en effet modifié *par la chaleur* et cela d'autant plus profondément que la température est plus élevée et plus longtemps prolongée. Un liquide de culture filtré qui, injecté sous la peau à la dose de 1/8 de c. c., tuait très vite les cobayes, ne les fait plus mourir rapidement, même s'ils en reçoivent 1 c. c., lorsqu'il a été chauffé pendant deux heures à 58°. Quand la température est portée plus haut, à 100° par exemple, le liquide peut être injecté dans une veine sans produire d'accident immédiat. Cependant toute puissance toxique n'a pas disparu, puisque les animaux succombent en général, mais lentement.

La maladie, à laquelle succombent dans ces cas les animaux, rappelle celle à laquelle succombent les lapins et les cobayes auxquels on injecte dans les veines des urines filtrées de diphthériques. MM. Roux et Yersin ont cherché, en conséquence, si le poison diphthérique ne se retrouvait pas dans les cadavres de sujets ayant succombé à la diphthérie.

« Sur un enfant de cinq ans, mort pendant l'hiver d'une diphthérie infectieuse, nous avons enlevé la rate, nous l'avons broyée et mise à macérer dans de l'eau stérilisée pendant deux heures à basse température. Le liquide de macération a été filtré sur porcelaine.

Un cobaye reçut, sous la peau 8 c.c. du liquide filtré et un lapin 35 c.c. dans les veines. Le cobaye commença aussitôt à maigrir ot mourut 5 jours après l'injection. Lo lapin a survécu pendant 2 mois; bien portant en apparence dans les premiers temps, il maigrit peu à peu et succomba après avoir été paralysé du train postérieur. Dans un autre cas de diphtérie très toxiquo, observé également en hiver chez un onfant, on recueillit de l'urine au moment où la prostration était le plus marquée; elle fut filtrée fraîche et injectée dans les veines d'un lapin et sous la peau d'un cobaye. Onze jours après, le cobaye était mort très amaigri, le lapin était paralysé du train de derrière le 45e jour après l'injection, et il mourait le 51e jour. Si l'on compare l'histoire de ces animaux à celle des cobayes et des lapins qui ont reçu la culture de la diphthérie filtrée et chauffée, on sera convaincu que la cause de la mort est la même dans les deux cas. Le chauffage détruit une grande partie du poison, ou lui fait subir une modification analogue à celle qu'il éprouve dans l'organisme. Quoi qu'il

(1) *Concours médical*, 26 janvier 1889.

en soit, il nous semble que les faits qui précèdent donnent une nouvelle preuve que le bacille de MM. Klebs et Loeffler est bien la cause de la diphthérie. »

Conservées en vases clos, à l'abri de l'air et de la lumière, les cultures filtrées de diphthérie restent longtemps toxiques. Un liquide filtré était aussi actif après cinq mois que le jour où il avait été mis en tubes scellés. Il n'en est plus ainsi si le liquide est gardé au *contact de l'air* ; peu à peu son pouvoir toxique diminue, et il faut pour tuer les animaux leur injecter des doses d'autant plus fortes qu'il est plus ancien. Cette action de l'air est très lente à l'obscurité ; elle est plus rapide à la *lumière solaire*.

On sait que les diastases sont, elles aussi, rapidement modifiées par la lumière solaire au contact de l'air.

Les cultures du bacille de la diphthérie n'ont des propriétés toxiques énergiques que lorsqu'elles sont devenues *alcalines*. Tant que la réaction est acide, il faut des doses notables de liquide filtré pour produire un effet sur les animaux. La réaction alcaline du liquide est due sans doute à l'oxydation de la matière azotée du bouillon, car elle ne se produit pas dans des cultures faites à l'abri de l'air; de plus, dans les cultures anciennes, il se forme au bout de plusieurs mois des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. On ne peut dire encore si l'ammoniaque est la seule base qui prenne naissance dans les cultures à l'air. Le liquide diphthérique n'étant que peu toxique lorsque les cultures sont encore acides, les auteurs se sont demandé si l'addition d'un acide à une culture alcaline diminuerait son pouvoir nocif. On a ajouté à un liquide filtré très actif de l'acide lactique et de l'acide tartrique jusqu'à réaction franchement acide, et on l'a injecté à des cobayes. Deux cobayes qui ont reçu ainsi sous la peau 1 cc. de ces liquides acidulés ont eu des œdèmes peu étendus, et se sont promptement rétablis ; un cobaye témoin auquel on avait injecté 1/2 c.c. de la liqueur alcaline succombait rapidement avec les lésions ordinaires. Si on neutralise la liqueur inactive, elle recouvre une grande partie de son activité. Le poison diphthérique est d'autant plus atténué qu'il est resté plus longtemps en contact avec l'acide. L'addition d'acide phénique, d'acide borique, de biborate de soude au liquide toxique a retardé son action sur les animaux, sans toutefois empêcher leur mort. Il n'est pas nécessaire d'ajouter beaucoup d'acide pour diminuer l'énergie du poison de la diphthérie, des doses même très faibles ont une influence marquée. On conçoit qu'il faut étudier avec soin la façon dont la substance active est modifiée par les divers composés chimiques ; on trouvera peut-être dans cette voie des indications thérapeutiques importantes.

Evaporé dans le vide, sur l'acide sulfurique, à la température de 25° environ, le liquide filtré laisse un résidu qui, en solution dans un peu d'eau, est très toxique, puisqu'il contient, sous un petit volume, la matière active d'une grande quantité de culture. L'alcool à 80° dissout une partie de l'extrait sec en se colorant légèrement en jaune. Cet alcool, évaporé à basse température, donne un résidu brun, alcalin, exhalant une odeur spéciale assez suave, et qui, abandonné à l'air, se prend presque tout entier en cristaux. L'extrait alcoolique, fourni par 90 c.c. de liquide filtré, a pu être injecté sous la peau d'un cobaye sans que celui-ci éprouve aucun mal ; l'alcool ne dissout donc pas le poison diphthérique : on le retrouve, en effet, tout entier dans la partie insoluble dans l'alcool. Celle-ci, dissoute dans un peu d'eau, donne une liqueur alcaline très active sur les cobayes et les lapins. Quand on y verse de l'alcool fort, on précipite de nouveau la matière active sous forme de flocons blancs grisâtres, absolument comme on précipite une diastase de sa solution aqueuse par addition d'alcool.

Le poison diphthérique se dialyse lentement, ce qui explique que son action est d'abord locale, ainsi que l'indique la formation de l'œdème ; il ne se répand que peu à peu dans le corps, aussi la même dose agit-elle plus rapidement quand on l'injecte dans le sang que quand on l'introduit sous la peau. On peut donner, par injection sous-cutanée, une quantité de substance active triple de la dose mortelle, sans que la mort survienne plus vite qu'avec une dose simple, parce que la diffusion dans le corps se fait beaucoup moins vite que celle d'une substance cristallisable.

« Le poison diphthérique, comme les diastases, a la propriété d'adhérer à certains précipités produits au sein du liquide où il est en dissolution. Le précipité qui entraîne le plus facilement la substance active de la diphthérie est le *phosphate de chaux*. A une culture filtrée, ajoutons goutte à goutte, et en agitant, une solution de chlorure de calcium, il se forme un précipité qui se rassemble au fond du vase. Si on a eu soin de verser une quantité de chlorure de calcium insuffisante pour que la précipitation soit complète, nous pourrons produire dans le liquide clair décanté un second précipité, et puis ensuite un troisième. Si on essaie le pouvoir toxique du liquide après chaque précipitation, on voit qu'il diminue de plus en plus. *L'addition de chlorure de calcium* a donc dépouillé le liquide d'une grande partie de la substance active, qui se trouve maintenant rassemblée dans les précipités. Recueillons ceux-ci sur des filtres et lavons-les soigneusement à l'eau distillée stérilisée, puis introduisons sous la peau de cobayes et de lapins une parcelle de chacun des précipités humides, grosse comme un petit pois. Le lendemain les animaux ont un œdème qui grandit peu à peu, ils deviennent tristes et meurent le troisième ou le quatrième jour. En général, le second précipité est le plus actif, le troisième est encore très meurtrier. A l'autopsie on trouve toutes les lésions que cause le poison diphthérique, mais dans ce cas elles sont plus intenses que celles qui suivent l'injection du liquide filtré; l'œdème est plus hémorrhagique, les vaisseaux plus dilatés, il semble que le poison, diffusant plus lentement, produise une action locale plus intense. Les grains de phosphate de chaux sont emprisonnés dans un réseau de fibrine mêlé de globules blancs, véritable fausse membrane qui rappelle celle que cause l'injection du microbe lui-même. »

Le précipité desséché dans le vide, et inséré sous la peau d'un cobaye ou d'un lapin, agit moins vite que le précipité humide, il est moins soluble dans les liquides acidulés et est sans doute plus difficilement attaqué dans les tissus ; il paraît retenir plus énergiquement la substance toxique, l'œdème s'étend plus lentement, mais la mort de l'animal n'en est pas moins sûre. Ce phosphate de chaux sec, chargé de poison diphthérique, conserve plus longtemps ses propriétés actives que

le liquide filtré et que le phosphate humide. Il peut être conservé longtemps à l'air, être chauffé à 70°, sans que sa puissance toxique soit diminuée ; chauffé à 100° au bain-marie pendant 20 minutes, il tue encore les cobayes. On a ainsi un moyen très commode pour conserver le poison diphthérique. Calciné sur une lame de platine, ce précipité charbonne un peu et répand une odeur légère de corne brûlée ; chauffé dans un tube clos, il dégage de l'ammoniaque ; traité par l'alcool à 80° il ne cède presque rien à ce véhicule.

Le liquide au sein duquel on a fait les précipités de phosphate n'est pas devenu inerte ; lorsqu'on injecte des doses un peu fortes aux lapins ou aux cobayes, ils meurent en quelques jours, ou, s'ils résistent pendant quelque temps, ils ne tardent pas à maigrir et meurent après avoir présenté ces paralysies tardives signalées après les injections de liquides chauffés.

C'est le phosphate de chaux qui a paru entraîner le plus facilement le poison diphthérique. Le précipité gélatineux d'alumine, formé par addition de chlorure d'aluminium pur au liquide filtré, le fixe aussi, mais moins complètement, car après cette précipitation le liquide qui surnage est presque aussi toxique qu'avant. Le précipité alumineux soigneusement lavé est cependant capable de donner la mort aux animaux qui le reçoivent, même à faible dose. Il serait très intéressant de trouver une matière insoluble capable de fixer le poison diphthérique beaucoup plus fortement que le phosphate de chaux ; on pourrait vraisemblablement l'introduire alors dans le corps des animaux sans produire d'accidents aigus : si la matière toxique adhérait assez au corps insoluble, elle ne diffuserait que lentement, et ainsi se produirait peut être l'accoutumance graduelle de l'animal.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le service militaire des médecins civils.

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Vous avez publié une série d'articles sur la situation faite aux médecins de la réserve et de la territoriale. On nous traite d'une façon exceptionnellement injuste, et je crois que l'on ne saurait trop insister sur ce sujet.

Comme l'a fort bien fait ressortir *Un Démissionnaire*, la situation est loin d'être égale entre les officiers de l'armée territoriale. Cependant examinons les faits. Voici un groupe de jeunes gens, ayant fait un volontariat, ou ayant accompli un service (je laisse de côté les officiers de l'active démissionnaires) ; d'autre part, d'autres jeunes gens ayant servi dans les corps spéciaux (section d'infirmiers, hôpitaux) devenus docteurs. Les premiers, après avoir passé leur examen d'admission, deviennent officiers de la réserve, puis de la territoriale et de 36 à 40 ans ont au moins à l'ancienneté le grade de capitaine, tandis que nous docteurs sommes le plus souvent aide-major de deuxième classe, quelquefois de première classe, mais rarement.

Qu'ont donc fait nos heureux concurrents ? Ils ont passé un examen, tout comme nous.

Ils ont répondu à des appels, tout comme nous, un peu plus fréquents si vous voulez.

Mais leur période d'instruction terminée, ils revenaient à leurs études, leurs comptoirs, ou à leurs travaux agricoles : tandis que nous restions journellement sur la brèche, complétant par l'expérience de tous les jours l'enseignement de la Faculté ; acquérant ainsi un savoir médical complet et surtout pratique qui pourra rendre les plus grands services au jour de la grande lutte. Donc, de la part des premiers, travail intermittent, de notre côté, travail continuel.

Nous ne nions pas les mérites et les capacités des officiers de la territoriale. Ils sauront faire noblement et courageusement leur devoir, car ils sont français. Mais nos médecins sauront aussi, modestement et simplement, faire tout leur devoir.

Pourquoi donc nous refuser le bénéfice de cet avancement ?

L'on pourra nous objecter que ce n'est pas notre savoir médical que l'on met en doute, mais bien nos connaissances en comptabilité, en administration militaire. Cela ne sera ni bien long, ni bien difficile à apprendre. D'ailleurs, pourquoi les chefs de service de santé ou leurs délégués ne créeraient-ils pas dans les centres où se trouvent des troupes des conférences sur certains points spéciaux, peu connus des médecins de la territoriale, sur ce qui concerne la comptabilité, l'aménagement des fourgons, le service d'ambulances, d'évacuations, etc.

Il faudrait rendre obligatoire l'assistance à ces conférences qui seraient faites par les médecins de l'active. Une conférence mensuelle, ou tous les 2 mois, de deux heures, me semble devoir suffire. Quel est le médecin qui ne pourrait pas consacrer une après-midi ou une soirée pour venir assister à cette conférence ? On vient bien aux réunions de l'Association. D'ailleurs il s'agirait d'un service obligatoire et si l'on veut accepter les avantages de la situation de médecin il faut en accepter aussi les inconvénients. Sauf le cas de maladie dûment constatée, obligation de présence. On ne pourrait plus nous objecter notre ignorance en matière administrative.

D'autre part, en nous donnant l'avancement à l'ancienneté, comme à tous les officiers, ne pourait-on pas créer l'avancement au moyen de concours pour ceux qui désireraient s'y présenter, concours qu'on ne pourrait subir qu'au bout d'un certain temps passé dans le grade inférieur, comme cela se passe dans la médecine de marine ? Il me semble que ce serait là une excellente mesure qui permettrait aux travailleurs de se mettre en vue.

Vos articles sur la question élucideront bien des points oubliés ; j'estime qu'il faudrait attirer la bienvaillante attention de messieurs les chefs de service de santé, de M. le directeur général de ce service et de M. le ministre de la guerre.

Je suis convaincu qu'avant peu un règlement spécial viendrait améliorer la situation pénible et injuste qui nous est faite, et faire rentrer dans le droit commun le corps médical qui n'a jamais marchandé son dévouement.

Recevez, M. le directeur, l'assurance de mes sentiments distingués.

Dr M. F. (n° 2524).

Vœux pris en considération par l'Assemblée générale de 1889.

Monsieur et très honoré Confrère, dans sa séance du 13 mai 1889, l'Assemblée générale de l'Association a pris en considération les vœux ci-après :

1° Vœu de la Société de l'Aveyron, tendant à obtenir le plus tôt possible une réforme de la loi de 1811, concernant les honoraires à attribuer aux médecins pour les opérations médico-légales. — (La Société de la Haute-Savoie a fait une demande analogue au point de vue du principe.)

2° Vœu de la Société de la Gironde, ainsi formulé :

« La Société locale de la Gironde, convaincue des avantages que procurerait au corps médical la création d'une CAISSE D'ASSURANCE MUTUELLE CONTRE LA MALADIE, émet le vœu que le Conseil général de Paris veuille bien mettre la question à l'étude le plus tôt possible. »

3° Vœu de la Société de l'Oise :

« Qu'il soit fait une étude approfondie des voies et moyens qui permettraient de délivrer aux membres de l'Administration UNE INDEMNITÉ EN CAS DE MALADIE. »

Le Conseil général vous prie d'inviter votre Société locale à s'occuper avec soin de ces différentes propositions. Elle aurait à donner, pour chacune d'elles, son opinion motivée, d'abord, sur les questions de principe qu'elles soulèvent, et, en cas d'avis favorable sur ce premier point, à faire connaître, dans le détail, les moyens d'exécution qu'elle propose, et à préciser les procédés pratiques qu'elle croit devoir recommander de suivre pour l'application : ces deux ordres de documents sont indispensables pour la discussion approfondie et la solution de ces problèmes complexes.

Les réponses qui nous seront adressées sur ces différents vœux devant servir de base aux rapports qui seront présentés lors de la prochaine Assemblée générale, nous vous prions instamment de hâter l'impression des travaux de votre Société, et de veiller à ce que les conclusions relatives aux vœux parviennent, avant le 1er février 1890, au Secrétaire général, M. le docteur A. Riant, 138, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Le Secrétaire général,
Dr A. RIANT.
Le président de l'Association,
Dr HENRI ROGER.

CORRESPONDANCE

Monsieur et honoré confrère,

La Société de chirurgie vient de terminer son intéressante discussion sur le traitement des fibromes utérins par l'électricité, que j'ai institué en 1882 ; l'opinion lui a été généralement favorable, et les quelques rares contradicteurs que j'ai trouvés, ont montré à mon égard une courtoisie parfaite, dont je les remercie. Permettez-moi, toutefois, de rectifier une erreur involontaire de M. Terrillon.

Des trois malades que j'ai soignées sous sa direction, l'une est Mlle R. B..., âgée de soixante-deux ans, qui avait des hémorrhagies effroyables ayant mis plusieurs fois sa vie en péril, et contre lesquelles tout avait échoué, jusqu'au tamponnement vaginal ; elle a été soignée par moi en 1883 et 1884, et depuis lors, elle est restée *radicalement guérie*.

L'autre malade n'a retiré aucun bénéfice du traitement électrique : parce qu'elle a refusé de le laisser continuer, parce qu'il a été employé à petites doses, et, parce qu'enfin, je n'ai jamais pu faire une hystérométrie complète pour permettre de localiser l'action caustique dans toute la cavité intra-utérine.

La troisième malade enfin, est morte, non d'un *fibrome kystique*, comme M. Terrillon l'a dit par erreur, mais bien de *trois kystes de l'ovaire*, l'un *normal*, l'autre *suppuré* et l'autre *hématique*, formant une masse unique qui avait été prise, même après une laparotomie exploratrice, pour un *fibrome mou*. Or, il n'y avait pas de fibrome, et je me demande si l'électricité peut être responsable d'une péritonite provoquée par un *kyste de l'ovaire suppuré*.

Veuillez agréer, etc.

Dr APOSTOLI.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise.

Procès-verbal de la séance du 18 *avril* 1889.

La séance est ouverte à quatre heures, sous la présidence du docteur BIBARD.

Etaient présents : les docteurs Millet, Didier, Leroy, Reculez, Rousseau, Okynczic, Broquet, Michaud, Verdié, de Grissac, Hourlier, Darène, Paret, Bruel, Imbert.

Excusé : le docteur Barbier.

Sont admis au nombre des membres du Syndicat : le docteur Imbert (de Franconville), et le docteur Etienne (de Taverny).

Compte rendu des Recettes et des Dépenses du Syndicat pendant l'année 1888 :

RECETTES

Avoir au 1er Janvier 1888	181 »
Cotisations	318 »
Total	499 »

DÉPENSES

Contribution à l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise	10 »
Frais de bureau (lettres de convocation, etc.)	21 65
Frais d'imprimerie	80 15
Suppléments à divers banquets	19 »
Total	130 80

BALANCE

Avoir	499 »
Doit	130 80
Caisse	368 20

Quelques observations sont présentées au sujet du procès-verbal de la dernière séance.

Le Président fait remarquer qu'on a oublié de mentionner la démission du docteur Castaneda et celle du docteur Abbadie.

A propos de la question de l'association mutuelle en cas de maladie, question discutée dans la dernière séance, le Président regrette qu'il n'ait pas été émis de vote à ce sujet. Il propose et fait adopter le vœu suivant :

« Le Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise émet le vœu que le Conseil général de l'Association des médecins veuille bien mettre à l'étude les voies et moyens nécessaires pour délivrer des indemnités, en cas de maladie, à tous les membres de l'Association générale des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels. »

L'ordre du jour appelle la discussion sur le Congrès professionnel.

Les membres présents, considérant les avantages qui pourraient en résulter pour tous les médecins, se déclarent partisans de la réunion d'un Congrès professionnel en 1889, et délèguent le Bureau pour représenter le syndicat à ce Congrès.

Il est en outre décidé qu'une somme de 100 francs sera allouée à la Caisse du Concours médical pour subvenir aux frais occasionnés par le Congrès.

Examen des questions soulevées par la révocation du docteur Paret de ses fonctions de chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Après avoir exposé les faits qui ont donné lieu à la révocation du docteur Paret, le Président propose et fait accepter la délibération suivante, qui est votée à l'unanimité.

« Le Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise,

« Après avoir entendu la lecture des deux arrêtés de M. le Préfet de Seine-et-Oise, relevant M. le docteur Paret de ses fonctions de chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Pontoise et de médecin inspecteur des enfants du premier âge ;

« Après avoir reçu également communication de la lettre explicative de M. le Maire de Pontoise ;

« M. le docteur Paret, entendu en séance plénière du Syndicat ;

« Est d'avis, à l'unanimité, qu'aucun reproche, de quelque nature qu'il soit, n'ayant été articulé contre M. le docteur Paret, soit dans son service de l'Hôtel-Dieu, soit à propos de ses inspections des enfants du premier âge, M. Paret n'ayant pas même été appelé à donner des explications, les mesures prises contre cet honorable praticien ne sont aucunement justifiées et constituent un véritable déni de justice ;

« Et décide qu'extrait du procès-verbal de la séance sera, par les soins du Bureau, adressé à M. le Préfet de Seine-et-Oise, ainsi qu'à la Commission administrative des hospices de Pontoise. »

Le Président, Dr Bibard. *Le Vice-Président,* Dr Millet.
Le Secrétaire, Dr Didier.

REPORTAGE MÉDICAL

Hôpitaux de Paris. — Dans sa séance du 20 juin 1889, le Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique a pris la décision suivante, relativement à l'emploi d'une somme de 402.000 fr. provenant du prélèvement sur le Pari mutuel :

1° Création d'un service de *suspects* dans chacun des deux hôpitaux d'enfants, 100,000 fr. ;

2° Installation d'un petit chemin de fer Decauville dans l'intérieur de la Salpêtrière, 80.000 fr.

3° Confection d'appareils pour la stérilisation des crachoirs des phthisiques, 17.000 fr. ;

4° Création à l'hôpital Tenon d'un service d'isolement pour les enfants du service de chirurgie atteints d'affections contagieuses, 50,000 fr. ;

5° Installation dans dix hôpitaux de deux chambres d'isolement pour les varioleux non transportables, 50.000 fr. ;

6° Installation de la maternité de l'hôpital de la Charité dans les anciens locaux de la Communauté, 50,000 francs ;

7° Remplacement des fosses fixes par des fosses mobiles dans un certain nombre d'établissements, 55,000 francs.

Ambulances urbaines. — Le ministre de l'Intérieur a accordé dernièrement une somme de 1000 francs à cette institution.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons reçu l'intéressant ouvrage d'un membre du Concours, qui, sous le pseudonyme de Macrobius, étudie d'une façon attrayante, les *malades-médecins et pharmaciens.*

Le prix de l'ouvrage est de 3 fr. 50. — Imprimerie Décembre, 326, rue de Vangirard.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Le Disciple, roman de PAUL BOURGET, un volume in-18. Prix.......... 3 fr. 50.

Henriette, roman de FRANÇOIS COPPÉE, un volume in-18. Prix.......... 3 fr. 50.

Traite d'Anatomie comparée, pratique, par CARL VOGT, directeur et EMILE YUNG, préparateur du laboratoire d'anatomie et de microscopie de l'Université de Genève. 14e livraison ou 3e livraison du tome II. Prix.......... 2 fr. 50.

Les Sciences biologiques en 1889 ; *Revue publiée* sous la direction de MM. CHARCOT, LEON COLLIN, V. CORNIL, DUCLAUX, DUJARDIN-BEAUMETZ, GARIEL, MAREY, MATHIAS-DUVAL, PLANCHON et TRELAT.

Secrétaires de la rédaction : Le Dr H. LABONNE et EGASSE.

Cette publication formera un magnifique volume in-8e grand Jésus, imprimé à deux colonnes, de plus de 1.000 pages orné d'un nombre considérable de gravures dans le texte, et paraîtra par *livraisons bimensuelles de 32 pages*, Prix de la livraison 1 fr. 25.

L'ouvrage complet formera de 25 à 30 *livraisons*, auquel on peut souscrire dès maintenant au prix de.......... 30 fr.

Année 1889. *Guide médical de Paris*, publié par la *Semaine médicale.*

Un volume in-18e cartonné, 300 pages. Prix.......... 4 fr.

Traité pratique de la vaccination animale, par le Dr A. LAYET, professeur d'hygiène à la faculté de médecine de Bordeaux. Un beau vol. grand in-8e, avec 22 planches hors texte en chromolithographie Prix.......... 12 fr.

Mémoires et observations d'ophtalmologie pratique, par le Dr H. ARMAIGNAC.

Un fort vol. grand in-8e, avec figure dans le texte et une planche en chromolithographie. Prix.......... 12 fr.

Les stations d'eaux minérales et les stations sanitaires de la Suisse et des Vosges, par le Dr P. DE PIETRA SANTA et A. JOLTRAIN.

Un vol. in-8e de 314 pages. Prix.......... 3 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la chute des cheveux.

M. *Lassar* emploie pour arrêter la chute des cheveux causée par l'état séborrhéique et pityriasique du cuir chevelu un traitement complexe, mais en somme facile à exécuter et qui donne, paraît-il, de bons résultats :

1° Savonner le cuir chevelu pendant dix minutes chaque jour avec un savon contenant une forte proportion de goudron.

Laver ensuite à l'eau tiède, puis à l'eau froide, pour éviter les refroidissements.

Faire sécher le cuir chevelu légèrement, puis faire une friction avec la solution suivante :

Solution de bichlorure de merc..	0,5 sur 150 gr.
Glycérine..........................	} àâ 50 gram.
Eau de Cologne.....................	

Frictionner ensuite avec de l'alcool absolu additionné de 1/2 % de naphtol.

Pratiquer ensuite sur la peau une onction abondante avec :

Acide salicylique............	2 gr.
Teinture de benjoin..........	3 gr.
Huile de pied de bœuf........	100 gr.

Il paraît que le sublimé a une action presque spécifique sur la croissance des cheveux. Des lavages répétés avec une solution de sublimé amènent le développement de poils follets ; les poils deviennent plus abondants sur les membres quand on fait des pansements fréquents au sublimé.

La diarrhée matinale.

On est de temps en temps consulté par des malades qui se plaignent d'avoir chaque matin une ou deux selles diarrhéiques, sans qu'aucun autre besoin de défécation se manifeste pendant le reste du jour. Ces selles diarrhéiques se produisent aussitôt après la sortie du lit ; quelquefois cependant le besoin peut se faire sentir, le malade étant encore au lit ; mais il importe de remarquer alors que c'est toujours à la suite d'un mouvement que le besoin se fait sentir. Ce besoin est impérieux, mais il n'est pas douloureux. Les évaucations peuvent être complètement liquides ; elles sont abondantes et souvent fétides. Leur nombre est variable ; en général les malades n'ont qu'une ou deux selles ; parfois ils en ont jusqu'à quatre, rarement plus, et toujours à peu près dans le même laps de temps.

L'abdomen n'est pas douloureux à la pression ; l'appétit est presque toujours conservé, quelquefois même exagéré ; la soif est habituellement intense et on trouve le clapotement stomacal caractéristique de la dilatation de l'estomac. Malgré tous ces phénomènes, qui peuvent présenter une certaine gravité apparente, ordinairement la santé générale se maintient dans un état très satisfaisant. Aussi le pronostic est-il relativement bénin, d'autant mieux que le traitement a ici beaucoup d'influence sur l'évolution de la maladie.

L'observation montre, en effet, que le régime, en particulier la nature des aliments et surtout la quantité des boissons ont ici beaucoup d'importance. Ces malades digèrent fort mal les légumes, les fruits, les viandes accommodées avec des sauces, les ragoûts ; de plus, presque tous absorbent de grandes quantités de liquides. C'est donc dans ce sens que doit être dirigé le traitement. Il faut surtout conseiller aux malades de ne jamais boire en dehors des repas et faire en sorte que la totalité du liquide absorbé dans les vingt-quatre heures n'excède pas 7 à 800 grammes. La nourriture se composera exclusivement de viandes rôties ou grillées très cuites, de purées de légumes, de compotes, mais en petite quantité. Le repas du soir sera très léger et la boisson à ce repas, si cela est possible, sera supprimée complètement pendant quelques jours.

Dans presque tous les cas ce régime suffit pour faire disparaître la diarrhée matinale. Au bout de sept ou huit jours les malades sont revenus à leur état normal, mais on peut encore, si cela est nécessaire, aider le régime par différents moyens tels que les frictions sèches de la peau, l'hydrothérapie, les cataplasmes sinapisés mis le soir alternativement sur le ventre et les lombes. Si la diarrhée est fétide, il faut administrer le naphtol associé au salicylate de bismuth ou à l'iodoforme.

Cette étude a été faite par M. le Dr Chauvet dans sa thèse inaugurale inspirée par le professeur Ollive (de Nantes) et résumée dans le *Journal de Médecine et de chirurgie pratique*. Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que ces troubles intestinaux sont presque toujours la conséquence d'une dilatation de l'estomac. Pour notre part nous avons toujours constaté dans ces cas le clapotage gastrique dans des limites extra-physiologiques, et la thérapeutique qui a réussi à M. Chauvet est en grande partie la diététique de M. Bouchard.

Etudes microbiologiques sur la désinfection des locaux. — Puissance de l'acide sulfureux.

On sait combien M. Dujardin Beaumetz s'est déclaré partisan de l'emploi de l'acide sulfureux pour désinfecter les locaux. Ses élèves *Dubief* et *Bruhl* viennent de donner la démonstration irréfutable de son utilité.

Trois principales méthodes, disent-ils, peuvent être employées pour la désinfection des locaux ; les lavages, les pulvérisations et les fumigations ; ces dernières comprenant l'emploi de toute substance gazeuse désinfectante. Le lavage et la pulvérisation ne répondent pas à tous les besoins de la désinfection pratique à cause de certains inconvénients inhérents à la méthode elle-même qu'il serait trop long de développer ici. Un grand intérêt s'attache donc à élucider le problème de la désinfection par l'acide sulfureux.

L'acide sulfureux a été employé pour la désinfection, de toute antiquité ; mais depuis quelques années, de graves controverses se sont élevées à son sujet, et on en est venu à contester qu'il ait même une valeur quelconque pour cet usage spécial. De fait, les expériences de tous les auteurs, faites dans des conditions incapables d'entraîner la conviction, n'ont pas permis, jusqu'à présent, d'établir péremptoirement le rôle microbicide de l'acide sulfureux. Toutes les expériences antérieures pèchent par le même côté ; les expérimentateurs s'efforçaient d'essayer l'action du gaz sulfureux sur des cultures fraîchement ensemencées ou en voie d'évolution. Il n'est pas besoin de parcourir longtemps le compte rendu de ces expériences pour s'apercevoir à quelles grossières erreurs pouvait amener cette manière de faire. En effet, l'état des microbes contenus dans une culture est fort peu comparable à celui dans lequel ils sont dans l'air, et il est peu rationnel de conclure de l'un à l'autre.

Le principe sur lequel repose la méthode de Dubief et Bruhl est le suivant : « Nous prenons une chambre hermétiquement close, nous comptons les bactéries contenues dans un mètre cube de l'air de cette chambre ; immédiatement après on fait brûler des quantités variables de soufre. Après un certain temps, de douze à vingt-quatre heures environ, nous comptons de nouveau les germes contenus dans l'atmosphère de la pièce. Si, après un grand nombre d'expériences semblables, on trouve une différence sensible entre le chiffre des bactéries avant et après la sulfuration, on pourra légitimement en induire que la différence doit être attribuée à l'action du gaz sulfureux, quel que soit d'ailleurs le mode d'action du désinfectant. Sans doute, cette manière de procéder est longue et difficile, car nos expériences auront exigé la mise en œuvre et l'étude de plusieurs milliers de ballons de culture, mais ces inconvénients sont bien rachetés par la rigueur des résultats obtenus et la confiance qu'on peut avoir en eux.

Nous avons choisi la méthode de Miquel pour la numération de nos germes atmosphériques,

---

FEUILLETON

La pléthore médicale.

On a jadis proposé d'instituer à l'École des Beaux-Arts un cours de découragement artistique, de façon à démontrer combien il est malséant pour des jeunes gens, la plupart de bonne famille, d'affliger, chaque printemps, les yeux de leurs contemporains par l'exhibition d'anatomies défectueuses et de colorations incongrues. Le professeur aurait, en outre, montré la différence énorme qui existe entre les anciens et les modernes.

L'auteur de ce projet pensait qu'à de telles épreuves les forts seuls résisteraient, que les faibles reviendraient à la charrue ou au comptoir.

Il est certain que la perspective de pouvoir se dire *artiste* enlève au commerce de l'épicerie nombre d'esprits qui lui étaient destinés.

Mais l'École des Beaux-Arts n'est pas la seule à exercer une attraction exagérée sur les fils des bourgeois de Carpentras et de Brive-la-Gaillarde. On peut faire le même reproche à la Faculté de médecine, malgré les épreuves multiples et les examens réitérés qu'il faut subir, avant de conquérir le diplôme de docteur.

S'il n'y avait que les jeunes gens fortunés à se laisser séduire, le mal ne vaudrait pas la peine d'être signalé ; mais un grand nombre d'étudiants consacrent leur petit patrimoine à leurs études, avec l'illusion décevante d'avoir une profession rémunératrice, dès le jour de leur installation. Or, il n'y a rien d'aléatoire comme les débuts d'un jeune médecin ; presque toujours, il faut qu'il puisse attendre des années, avant que la clientèle lui rapporte de quoi parer à l'indispensable. Que voulez-vous que devienne celui qui n'a aucune réserve, aucun crédit, qui a épuisé ses dernières ressources pour acheter un modeste mobilier ? Quels lendemains il se prépare ! Que d'heures longues à passer dans ce cabinet morose, qui est l'image du vide, qui est étroit comme la vie qu'on y mène et pauvre comme la bourse de l'ancien étudiant ! Ce n'est pas seulement le soleil qui l'éclaire mal ; aucune lueur d'espoir ne brille dans ses recoins humides et poussiéreux ! Le malheureux a renoncé à peupler sa rêverie de pensées heureuses ; il étouffe littéralement dans

considérant que cette méthode est la plus rigoureuse de toutes. Le bouillon dont nous nous servions était du bouillon de bœuf, salé et légèrement alcalinisé, dont la stérilisation s'effectuait en laissant séjourner les vases qui le contenaient pendant un quart d'heure dans l'autoclave à 120°.

Pour bien apprécier l'influence de la sulfuration sur la composition micrographique de l'atmosphère, nous avons aménagé une chambre de la manière suivante :

Cette chambre avait une capacité de 21 mètres cubes, beaucoup plus haute que large ; le sol était cimenté et suffisamment imperméable. Les parois de la chambre avaient été tapissées de papier de plomb recouvert lui-même de fort papier gris pour assurer autant que possible l'étanchéité des parois. Cette chambre était munie de deux fenêtres placées dans une direction perpendiculaire l'une à l'autre, de telle sorte que l'on pouvait facilement, sans pénétrer dans la chambre, examiner ce qui se passait dans son intérieur. Sur une des faces, nous avions pratiqué une petite ouverture de la dimension d'un guichet et telle qu'on y passait assez librement la main et le bras ; ce guichet était fermé par une trappe double que l'on pouvait facilement manœuvrer du dehors.

L'expérience étant ainsi disposée, on voit qu'il était possible de recueillir de l'air de la chambre sans pénétrer à l'intérieur. Chaque expérience se composait des manipulations suivantes, au moyen d'un aspirateur, en faisant barboter dans un ballon dilatateur de Miquel un ou deux litres d'air, puis avec les précautions habituelles on répartissait les germes ainsi recueillis dans soixante conserves environ de bouillon stérile ; aussitôt après qu'on avait recueilli les germes atmosphériques, on allumait dans la chambre du soufre contenu dans un têt en terre dans une proportion variant entre 20 et 40 grammes par mètre cube d'air, puis, une fois le soufre allumé, on fermait la porte dont on calfeutrait toutes les issues au moyen de bandes de papier collées. Vingt-quatre heures après, on comptait de nouveau les germes contenus dans l'atmosphère de la pièce, opération qui se faisait facilement sans pénétrer dans l'intérieur, grâce au guichet ménagé dans la paroi. La différence entre les deux nombres représentait, en somme, assez bien le degré d'efficacité de l'acide sulfureux.

Les résultats obtenus par cette méthode opératoire sont fort intéressants ; en effet, dans toutes les expériences, la sulfuration a été suivie d'une diminution considérable dans le nombre des germes vivant dans l'atmosphère.

Ainsi dans une expérience : Avant sulfuration 10,500 germes par mètre cube. — Après sulfuration 5,500.

Dans une autre expérience. Avant la sulfuration 22,500 germes par mètre cube. Après la sulfuration 12,500.

Ainsi l'action du gaz sulfureux fait baisser le nombre des germes atmosphériques sensiblement de moitié.

L'acide sulfureux n'agit pas seulement en modifiant le nombre absolu des germes atmosphériques, mais il modifie encore la composition qualitative de ces germes. Ainsi les diverses numérations des germes de l'air effectuées au laboratoire de Cochin ont démontré que les germes de bactériens sont infiniment plus nombreux que les germes des mucédinées.

Expérience du 22 janvier : Avant sulfuration : 2 litres d'air donnent 21 germes dont 13 bactéries et 8 moisissures. — Expérience du 2 février : Avant sulfuration : 2 litres d'air donnent 45 germes, 32 bactéries, 13 moisissures. Après la sulfuration, ces proportions se sont trouvées renversées et le nombre des spores cryptogamiques est devenu plus grand ou presque égal à celui des bactéries.

Expérience du 4 mars. Après sulfuration : 2 litres d'air contiennent 24 germes, 6 bactéries, 18 moisissures.

Expérience du 3 février : Après sulfuration : 2 litres d'air contiennent 11 germes, 6 bactéries et 2 moisissures.

---

son grenier, où on n'est décidément bien qu'à vingt ans, parce qu'on y apporte les illusions de cet âge ; mais elles s'envolent vite et le temps ironique se charge d'effacer les rêves enchanteurs de ce doux surnuméraríat de la vie.

Il y a de jeunes médecins, pleins de courage, qui luttent désespérément, se contentant de la maigre pitance des crèmeries, des haricots bi et tri-hebdomadaires, dont un ouvrier ne voudrait pas. J'en ai connu qui faisaient eux-mêmes leur *popotte*, laquelle ne comprenait qu'une côtelette, dans les grands jours. Mais un pareil régime n'est guère réconfortant, ni au physique, ni au moral, et on conçoit qu'après un certain nombre de jeûnes, les mauvais conseils aient enfin prise sur des cerveaux débilités. Il est même surprenant que la profession médicale ne compte pas plus de charlatans et d'exploiteurs, en raison même des déboires et des désenchantements qu'elle comporte. — A Paris, en particulier, il y a des confrères très méritoires, ayant des titres scientifiques solides, même celui de médecin des hôpitaux, qui ne gagnent pas le prix de leur loyer.

Qui ne connaît les quatrains amers du Dr Amédée Latour :

Le médecin savant et sans intrigue
A Paris meurt de faim,
Ou, s'il arrive enfin,
Savant ou non, meurt de fatigue !

C'est le cas de dire que s'il y a beaucoup d'appelés, il y a peu d'élus.

Pour quelques médecins ou chirurgiens, qui ont une magnifique situation et mènent grand train, beaucoup d'autres végètent misérablement, au jour le jour, sans avoir pour se soutenir la perspective de la médiocrité dorée du poète, pour leur cinquantaine.

Qu'ils ne comptent même pas sur un beau mariage pour se poser, car il n'y a que ceux qui ont subi la filière des concours qui puissent tendre leurs filets, avec l'espoir d'y prendre un poisson bien argenté.

A ceux qui croiraient que je juge en pessimiste et que mon tableau est passé au noir, je conseille la lecture tristement instructive des bulletins de l'Association générale. Malgré ses énormes ressources, elle ne peut satisfaire toutes les demandes qui lui sont adressées.

D'ailleurs, que signifient les sociétés de plus en plus nombreuses, entre médecins, qui ont pour but de parer au chômage, à la maladie, etc. ? Ne sont-

L'influence de l'état hygrométrique de l'air joue un rôle des plus manifestes et l'action de l'acide sulfureux est d'autant plus efficace que l'air est plus chargé d'humidité. On pourra déduire de ce fait une règle pratique de désinfection et on conçoit qu'il sera très utile de saturer la chambre de vapeur d'eau avant de la sulfurer.

La fièvre ganglionnaire.

Voici la description d'un état morbide qui n'est pas encore classé nosologiquement et que M. E. *Pfeiffer* a signalé dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde*.

Un enfant âgé de 5, 6 ou 8 ans, est pris subitement et sans aucune cause appréciable; vers le soir ou dans la nuit, d'une fièvre vive accompagnée d'une fatigue générale ou d'une vive agitation ; la perte de l'appétit est constante, parfois il existe aussi des vomissements.

La température atteint généralement 39 ou 40°. Tous les organes sont normaux, on constate seulement, au niveau du cou, une sensibilité plus grande pendant les mouvements exécutés par la tête et aussi pendant la déglutition. En examinant le cou de plus près, on est tout étonné de trouver que sur tout son pourtour, mais particulièrement au niveau du bord postérieur du sternocléido-mastoïdien, et à la nuque, un nombre plus ou moins considérable de ganglions lymphatiques sont considérablement tuméfiés et douloureux.

Dés le lendemain, dans la plupart des cas, la fièvre a disparu et il ne reste plus qu'une tuméfaction plus ou moins douloureuse d'un certain nombre de ganglions cervicaux ; pendant plusieurs jours, l'enfant tient la tête quelque peu raide ou se plaint d'une légére douleur pendant la déglutition.

Telle est la symptomatologie et la marche d'une affection non encore décrite que l'auteur désigne sous le nom de fièvre ganglionnaire.

A côté de ces véritables fébricules, il existe encore toute une série de cas où la maladie, par suite de poussées excessives, présente une durée de 8 à 10 jours.

La température, au lieu de s'abaisser dès le second jour, conserve son intensité: la tuméfaction ganglionnaire débute par l'un des côtés du cou, gagne ensuite le côté opposé et finalement la nuque ; la muqueuse bucco-pharyngienne prend une coloration plus vive, les mouvements de déglutition sont douloureux, et il peut survenir une légère toux d'irritation. Vers le 3e ou le 4e jour le foie et la rate subissent une augmentation de volume très appréciable et, dans la plupart des cas, on constate une douleur marquée sur la partie médiane du bas-ventre entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Les poumons ainsi que les organes digestifs ne présentent rien d'anormal ; on ne trouve jamais aucune éruption cutanée.

Les seuls ganglions envahis par le processus pathologique sont ceux du cou et particulièrement ceux de la nuque ; les ganglions axillaires ou inguinaux n'ont jamais été trouvés tuméfiés. Mais les accés de toux peu intenses, la douleur entre l'ombilic et la symphyse, indiquent peut-être que les ganglions rétro-pharyngiens, rétro-trachéaux et mésentériques, peuvent aussi devenir le siège d'une tuméfaction. Suivant l'auteur, la fièvre ganglionnaire serait une maladie sui generis, infectieuse et épidémique; mais l'épidémie ne dépasse pas une maison ou une famille. On ne saurait confondre cette fièvre ganglionnaire avec la fièvre typhoïde fruste, encore moins avec la diphthérie sans fausses membranes, ou les formes abortives de la scarlatine, de la rougeole ou de la variole.

A côté de cette fièvre ganglionnaire à évolution rapide, l'auteur décrit une forme de maladie, moins aiguë que celle-ci et qui peut encore être dénommée fièvre ganglionnaire. Mais ici, au lieu des ganglions cervicaux, ce sont tous les organes ganglionnaires abdominaux qui présentent la tuméfaction douloureuse caractéristique. La seule relation qui ait été trouvée jusqu'ici entre celle

---

elles pas l'expression de la pauvreté des adhérents ? — N'ayant pas d'économies, ils prélèvent une part de leur nécessaire, ou de leur superflu, en prévision des mauvais jours.

En ouvrant son cours de médecine légale, le professeur Brouardel a fait allusion à cet état de choses : « En 1864, a-t-il dit, quand les médecins ont été inquiets de voir des veuves de confrères rester dans la gêne, ils ont fondé l'Association générale. Maintenant cela ne suffit plus, car le médecin ne peut pas se dire : tant que je vivrai, ma femme et mes enfants vivront. On a dû fonder des syndicats qui cherchent à lutter de toutes les manières contre cette dépréciation de la profession médicale.

Les charges de la famille sont bien lourdes, dans ces intérieurs modestes, où l'objectif principal est d'arriver à joindre les deux bouts. — On rogne de ci, de là, comme la commission du budget, et on arrive, à force de parcimonie, à l'équilibre; mais ce n'est pas sans efforts et sans sacrifices souvent pénibles.

Le public ne se doute pas de ce malaise et des personnes même fortunées ne se hâtent guère de payer leur médecin ; ses honoraires viennent après tous les autres réglements de compte. D'ailleurs, il est presque admis qu'on peut duper le docteur. — Ce n'est pas comme le pharmacien, qui, lui, au moins, donne quelque chose ; tandis que les fils d'Hippocrate ne fournissent que leur savoir, ou le résultat de leur expérience. — Ces braves gens n'oublient qu'une chose, c'est que le droit de formuler coûte plus cher que l'achat d'une officine.

Mais ce n'est pas tout : Voilà que les femmes elles-mêmes, au lieu de faire des enfants et de les élever, tendent à prendre de plus en plus une place dans la profession médicale. — Le mouvement qui a commencé en Angleterre, en Amérique et en Russie, tend à se généraliser. Waldeyer, de Berlin, a eu beau déclarer que l'esprit des femmes, doué de grandes qualités de finesse et même de divination, est peu scientifique, ce sont cependant de nouveaux concurrents à ajouter à ceux qui pullulent à tous les coins de rue, sans compter les étrangers que l'on accueille vraiment avec trop de facilité.

Dans les quartiers du centre, à Paris, on en trouve en moyenne, toutes les 7 à 8 maisons, sans compter les immeubles qui en abritent plusieurs à la fois.

La densité de la population n'est nullement en

forme de maladie et le processus précédemment décrit consiste en ce fait que, dans les deux cas, le foie et la rate participent aux troubles des ganglions lymphatiques. Dans la fièvre ganglionnaire à localisation abdominale les enfants présentent en outre une fièvre assez vive, une diarrhée rebelle très abondante qui amène un amaigrissement rapide. A la palpation de l'abdomen on trouve les ganglions mésentériques nettement tuméfiés, le foie et la rate notablement hypertrophiés ; sous l'influence d'une médication appropriée (calomel, compresses froides de Priessnitz, régime tonique), la guérison est obtenue au bout de plusieurs semaines. Suivant l'auteur, il s'agit dans ces cas d'une maladie spécifique qui ne doit pas être confondue avec le catarrhe simple de l'intestin, ni avec la fièvre typhoïde ou la phtisie mésentérique.

SYPHILIGRAPHIE

Des gommes syphilitiques de l'amygdale

Par Ed. Juhel-Renoy, médecin des hôpitaux.

I.

Chacun sait avec quelle prédilection la syphilis à ses diverses périodes se cantonne dans l'isthme du gosier ; tout le monde connaît la pittoresque expression de Fournier qui, parlant de l'amygdale, la nomme un « nid à syphilides » et cependant une exception d'apparence singulière existe de fait pour une des étapes de la syphilis : la période tertiaire semble ignorer l'amygdale ; pour s'en convaincre il n'est besoin que d'ouvrir les traités de syphiligraphie les plus récents, il suffit de consulter les leçons du maître de Saint-Louis auquel je faisais allusion, leçons où clarté et science se prêtent un appui mutuel ; or cette lecture sera à peu près stérile, sinon tout à fait, car Fournier dans ses investigations aussi nombreuses qu'incessantes ne paraît pas avoir eu l'occasion de décrire « ex professo » la gomme syphilitique de l'amygdale. C'est qu'en effet les gommes amygdaliennes sont bien rares. Virchow, Cornil, Mandl, Passaquay, signalent leur existence à l'exclusion de lésions gommeuses dans les parties voisines, mais il me semble que la description de ces auteurs est purement anatomo-pathologique, la clinique étant négligée ou omise.

Je n'ai pas la prétention dans les quelques pages qui suivent de fixer pour l'avenir ce point ; plus modeste est mon intention : je désire seulement publier deux faits qui ont été pour moi le sujet de cruels embarras, et appeler ainsi l'attention sur la *possibilité clinique* de gommes amygdaliennes.

Lorsque je résumerai la symptomatologie à laquelle ces accidents peuvent donner lieu, je pense qu'on conviendra avec moi qu'il y a lieu de s'arrêter à cette étude, de rechercher les faits semblables, de les grouper et de voir en un mot s'ils cadrent ou diffèrent de ceux qui suivent et dont je donne de suite la relation sans plus ample préambule. Au résumé, cette étude me paraît opportune, car, ainsi que je le disais, les traités les plus récents, celui de Jullien, les leçons de Mauriac, sont muets et la récente thèse de Pivaudran, malgré une prétention à l'étude complète de la syphilis des amygdales, est absolument insuffisante ; l'observation qu'il publie sous le titre « gomme de l'amygdale », due au Dr Baratoux, est si incomplète qu'elle est sans valeur.

Observation I.

M. de X..., originaire de la Russie, 50 ans, paraissant légèrement sénile, ayant usé de la vie de toutes façons, jouit encore d'une santé relativement bonne. Il est *très grand fumeur*.

Le 5 janvier 1889, je le vois à l'occasion d'un mal de gorge qui a éclaté *subitement* la veille. Il s'est senti pris de fièvre, de dysphagie et s'est alité. Je le trouve avec une fièvre *vive* (39°,4), une langue extrêmement saburrale, une forte céphalée. Bref, tout le complexus habituel aux états fébriles.

---

rapport avec une pareille affluence, et elle n'est compréhensible qu'en admettant des visites aux quatre points cardinaux et même extra-muros. Mais ce ne sont que les vieux praticiens qui arrivent, à la longue, par suite de la fréquence des déménagements, à avoir des clients dans tous les quartiers de Paris.

Quant aux jeunes, ils en sont réduits à soigner pour rien les concierges du voisinage, afin que leur adresse soit donnée ensuite, surtout dans un cas pressant, aux étages supérieurs, de préférence ceux qui sont sous les toits. Il leur reste encore la ressource des visites de nuit et certaines sociétés de secours mutuels, dont les fondateurs font de la philanthropie à nos dépens. La plus récente association de ce genre n'exige qu'un abonnement de deux francs par an, de la part des membres adhérents : Jeunes gens laborieux, qui avez bûché jusqu'à trente ans, calculez d'après cela le prix de vos premières visites.

Et notez que la crise actuelle ne peut que s'accentuer, en raison des facilités d'instruction qui sont maintenant à la portée de chacun, en raison du malaise croissant des affaires, ce qui porte chacun à se restreindre et à user d'abord des spécialités.

Que de déclassés en perspective. — Que de ventres et de bourses vides !

Je conclus en disant qu'il y a trop de médecins partout, (je ne parle pas, bien entendu, des trop nombreuses communes qui n'ont ni médecins, ni officiers de santé et cela parce qu'on ne pourrait pas y vivre); la profession est surtout encombrée à Paris, où les conditions d'existence sont cependant fort onéreuses, et j'engage vivement les débutants à porter leurs pénates ailleurs que dans la capitale. — Il y a beaucoup de villes de province qui pourraient recevoir plus de médecins, depuis surtout que les communications sont devenues très faciles, ce qui permet de rayonner et d'être appelé dans tout le département.

Le plus souvent, les médecins qui ont des fils les détournent d'embrasser la même carrière. — C'est un enseignement pour les bacheliers qui n'ont pas encore trouvé leur voie et qui se sentiraient attirés du côté des hôpitaux.

Après de laborieuses études, de cruelles déceptions les attendent pour leurs débuts. Qu'ils tournent donc leurs regards d'un autre côté !

Dr Grellety.

A l'inspection la gorge se présente comme suit : le voile du palais et les deux amygdales sont rouge luisant, sans trace d'aucun exsudat, la douleur est très vive et la tuméfaction amygdalienne est telle que l'écartement des mâchoires est difficile ; comme en outre M. de X... se plaint de vives douleurs dans la plupart des jointures, qu'il se dit arthritique, il est chauve, hémorrhoïdaire, un peu dyspeptique — je songe à la *possibilité* d'une angine pré-rhumatismale.

Le 6, la douleur s'est exagérée encore, la fièvre reste à 39°, mais les articulations ne sont le siège d'aucune fluxion ; aussi, avant tout examen de l'arrière-bouche, j'abandonne mon premier diagnostic que j'avais eu la prudence de ne pas formuler. J'ouvre, non sans peine, la bouche du malade et à mon grand étonnement, je constate sur l'amygdale droite un exsudat d'une *blancheur parfaite au centre même de l'amygdale*, rien sur le voile du palais ni l'autre amygdale ; quoique à la vue l'exsudat me paraisse cohérent, dense, bref avec un aspect différent de ce qu'on est dans l'habitude de rencontrer dans les amygdalites sébacées, je dis à M. de X... qu'il est atteint d'une amygdalite et que dans quelques jours il sera guéri. J'institue un traitement simple, un gargarisme boriqué, quelques attouchements avec de la glycérine salicylée.

Le 7. La fièvre est tombée (38°1), mais la gêne de la déglutition reste vive, enfin l'exsudat s'est étendu. De plus en plus frappé de son épaisseur apparente, de son extension périphérique, se faisant d'une seule tenue, devant l'absence absolue de points isolés tant sur l'amygdale malade que sur l'autre, je me sens pris d'hésitation sur la légitimité de mon diagnostic, et comme d'autre part M. de X... est abattu, faible, qu'il existe un très léger engorgement ganglionnaire, la possibilité d'une diphtérie se présente à moi ; le malade, qui semble partager mes doutes, me demande à brûle-pourpoint si la diphtérite, ainsi qu'il dit, est une maladie qui récidive, et le motif de sa question est simple, car en 1886, tandis qu'il était dans une terre près de Moscou, il a été atteint, soigné et guéri de cette maladie par un médecin en renom de Moscou. Aussitôt je prends une pince et j'essaie de détacher cette membrane, car c'en est une véritable à la vue, mais je n'arrive qu'à décoller un des bords, ce qui me permet de constater qu'elle est de l'épaisseur d'une feuille de papier buvard, et comme cet examen fatigue le malade, force est de m'arrêter.

Conservant un doute, je fais pratiquer dès le jour même des lavages de l'arrière-gorge avec de l'eau de chaux en même temps que la glycérine salicylée au 1/10 est appliquée en attouchements répétés.

Le lendemain et jours suivants, même situation ; l'amygdale droite bientôt est *totalement* tapissée d'une fausse membrane d'un blanc éclatant, dont le centre seul jaunit, se fane, membrane que je ne puis parvenir à détacher ; dès le 11 toute fièvre a disparu. M. de X... se lève quelques heures.

Le 12. Je lui fais ma visite quotidienne et le trouve, son miroir à la main inspectant sa gorge ; même tentative de ma part pour débarrasser l'amygdale du produit qui la couvre, même insuccès. Ce que voyant, M. de X... me demande si la syphilis ne pourrait pas jouer un rôle dans sa maladie. Sur ma réponse affirmative, il me raconte alors, qu'il y a 15 mois, alors que j'étais son médecin, il a eu une petite écorchure à la verge, mais qu'il n'a pas voulu m'en parler ; comme il arrive souvent, il a été consulter un médecin étranger qui lui a déclaré qu'il avait un chancre induré et lui a donné du protoiodure. Quelques mois aprés, il a eu quelques plaques muqueuses et le diagnostic de syphilis a été confirmé à Pétersbourg, à Moscou, par différents professeurs. M. de X..., en maniére de politesse, s'excuse auprès de moi de ne m'avoir pas mis au courant de ce « petit incident », mais il se croyait guéri, car depuis un an, il n'a pas eu la plus petite écorchure, le plus petit « aphthe ». D'ailleurs il a eu la « bonne fortune » de pouvoir se soigner et de ne contaminer aucune personne, car sa femme que je soigne est très gravement malade et, de plus, ajoute-t-il, son « escapade » d'il y a 15 mois l'a refroidi à tout jamais des infidélités.

Je pratique avec une attention nouvelle l'examen de l'amygdale, qui paraît revêtue d'un épais *caillot de lait*, tandis que le voile du palais et l'amygdale gauche restent rouges et sombres. Étonné de ce cantonnement systématique à une seule amygdale, j'abandonne l'idée d'une plaque muqueuse diphtéroïde *unique*, et tout en ne me rendant pas encore compte de la lésion exacte en face de laquelle je me trouve, j'institue le traitement suivant : 2 pilules de Sédillot, 4 gr. d'iodure et l'interdiction absolue du tabac que le malade, fumeur invétéré, veut reprendre depuis qu'il n'est plus fébrile.

Le 17, j'arrive à déchirer cette fausse membrane, il y a un petit suintement sanguin et alors seulement l'amygdale étant dépouillée, je trouve au-dessous une cavité assez grosse pour loger une petite noisette et au fond de laquelle j'aperçois maintenant trés facilement un amas blanchâtre, d'aspect bourbillonneux, et qui me donne séance tenante l'idée que je me trouve en présence d'une gomme, car la ressemblance entre cette lésion et les gommes ulcérées de la peau est frappante. J'introduis dans la cavité un peu d'ouate trempée dans une solution de nitrate d'argent au 50e et fais augmenter l'iodure à 6 grammes.

Dés ce moment la réparation se fait ; du 18 au 26 j'extrais chaque jour des lambeaux blanchâtres, mais la détersion marche rapidement, la dysphagie est assez vive et paraît se rallumer le 27 jour où M. de X... appelle mon attention sur le côté gauche de sa gorge. Je constate en effet à la jonction du pilier antérieur et cachée presque derriére lui, une petite excavation de la grosseur d'un pois, dans laquelle le stylet pénétre, et dont j'extrais un petit fragment blanchâtre, gomme microscopique pour ainsi dire ; le traitement est poussé avec énergie et le 9 février, la cicatrisation est compléte, l'amygdale droite est froncée, plissée, encore rouge, mais la perte de substance n'existe plus, à gauche le petit point entamé se voit encore.

Depuis lors j'ai suivi M. de X..., je l'ai revu le 25 avril dernier et l'inspection de sa gorge montre la réparation parfaite des lésions.

Observation II

M. X..., 32 ans, a contracté la syphilis il y a 5 ans ; il a présenté une légère roséole, quelques plaques muqueuses ; a suivi un traitement régulier et n'est venu me consulter en 1884, que pour savoir s'il pouvait sans danger se marier. Depuis

lors et sur ma réponse affirmative il prend chaque année à deux reprises de l'iodure à la dose de 3 à 4 gr. durant 6 semaines, et il paraît n'avoir eu qu'à se louer de cette médication, car depuis 5 ans il n'a eu aucune manifestation.

En octobre 1888, il me fait demander, pensant avoir pris mal à la gorge à la suite d'une averse reçue à la chasse ; il a une fièvre légère, un peu de céphalée, une très minime rougeur de l'isthme du gosier accompagnée de dysphagie. Je partage cette manière de voir et lui conseille quelques gargarismes émollients ; comme d'autre part l'affection me semble sans gravité, je ne retourne pas le voir.

Cinq jours se passent quand il me fait rappeler un peu étonné de la tenacité de son mal auquel il n'est nullement sujet et surtout effrayé par l'apparition d'une tache blanche sur l'amygdale du côté droit, à telle enseigne qu'il fait isoler ses enfants, craignant d'avoir une angine de nature contagieuse.

L'inspection de la gorge me permet de vérifier ce qu'il me dit ; la moitié de l'amygdale droite est couverte d'un épais enduit blanc, crémeux, assez adhérent pour que je ne puisse le détacher avec un bon pinceau de blaireau ; mais malgré un examen attentif, je ne puis découvrir sur l'autre amygdale aucun point blanc émergeant des cryptes amygdaliens ; malgré cela, je persiste à croire à cette angine sébacée.

Trois jours après les choses sont en l'état ; le malade continue à accuser une dysphagie assez pénible, mais l'état général est bon ; seulement la plus grande partie de l'amygdale droite disparaît sous l'exsudat, tandis qu'à gauche, sur le voile, les piliers, il n'existe que de la rougeur.

Tandis que j'examine la gorge, M. X..., pris d'une quinte de toux, rejette un gros débris blanc que j'examine, qui n'a nullement l'odeur infecte et caractéristique des exsudats intra-amygdaliens. Mise dans l'eau, cette pseudo-membrane flotte, ne se désagrège pas, ce que voyant j'écouvillonne pour ainsi dire l'amygdale et à ma grande surprise je constate au-dessous d'elle une perte de substance profonde, entaillant l'amygdale et laissant voir, au fond d'une sorte de petit cratère, une masse blanchâtre en tout semblable à celle qui vient d'être rejetée. Connaissant la syphilis antérieure de M. X... et soupçonnant que dans l'espèce elle peut être incriminée, j'engage M. X... à prendre 4 gr. d'iodure, d'autant plus que devant la bénignité de sa syphilis il m'assure avoir omis depuis un an ma recommandation.

En moins de 8 jours, la réparation s'effectue à vue d'œil pour ainsi dire, il sort encore un peu de produits gommeux ; une légère cautérisation dans la cavité gommeuse qui paraît occuper la moitié de l'épaisseur de l'amygdale, suffit à hâter cette cicatrisation qui dès le 28 octobre est complète. Depuis lors j'ai revu M. X..., il existe une toute petite dépression amygdalienne et, lorsqu'on palpe cet organe, il paraît plus dur au toucher que son congénère, mais il n'existe aucune douleur spontanée.

II

Si le lecteur a bien voulu prendre connaissance des deux observations qui précèdent, il se sera facilement convaincu que la symptomatologie de la gomme amygdalienne peut se résumer d'un mot: à savoir que c'est à une angine, à une amygdalite inflammatoire, sébacée, parfois même à une diphtérie qu'on croit avoir affaire. Et cela n'est pas pour nous surprendre, puisque en somme la gomme intra-parenchymateuse joue le rôle d'épine et détermine dans son rayon des phénomènes réactionnels, qui aboutissent à l'inflammation ; cela n'a rien de spécial à la syphilis amygdalienne tertiaire qui dans certains cas déterminés se comporte ainsi, mais cependant il existe dans ce fait un contraste frappant entre la localisation de la syphilis sur l'amygdale et l'évolution silencieuse, traîtresse, de cette même syphilis lorsqu'elle s'attaque au voile palatin. Ici insidiosité, indolence, absence de phénomènes inflammatoires là ; au contraire, brutalité du début, réactions vives, douleur, dysphagie, en un mot tout un groupe de symptômes réunis et appelant d'une façon impérieuse l'attention sur la localisation.

On conçoit donc que la gomme de l'amygdale ne puisse passer inaperçue ; la seule difficulté, et elle est assez grande pour que j'y revienne à nouveau, c'est de la reconnaître. Quelques lecteurs seront peut-être surpris de cette allure bruyante si fort en opposition avec les habitudes de la syphilis tertiaire ; quelques-uns mettront même en doute la réalité de cette symptomatologie ; la notion de l'indolence étant vulgaire, c'est elle en effet qui est indiquée dans l'article « Angine » du Diction. Encyclopédique, et que Pivaudran, dans sa thèse (1884), est venu affirmer à nouveau ; or, je ne crains pas de le répéter, il y a là une erreur, matérielle, tangible ; si les syphilides ulcéreuses tertiaires sont indolores, il n'en va pas de même de la gomme amygdalienne. Pour résumer en une proposition brève les symptômes habituels aux gommes de l'amygdale, je dirai qu'on peut leur assigner trois périodes :

1° Une période inflammatoire simulant l'amygdalite et rapidement suivie d'exsudat blanchâtre. Ce sera donc la période angineuse.

2° Un stade d'ulcération, au moment où la gomme intra-parenchymateuse s'ouvre et verse sur l'amygdale son produit.

3° Une dernière de réparation ou de cicatrisation, d'une durée indéterminée, variable suivant qu'on intervient ou non. La *marche* et la *durée* de la gomme amygdalienne sont donc deux choses impossibles à réunir. Au début marche aiguë, puis, dès que la gomme, à la façon d'un abcès, s'est ouverte, *détente rapide* des phénomènes inflammatoires et marche lente, durée relativement longue et qui ne me paraît pas susceptible de moins de 3 à 6 semaines.

III

A quelle époque de la syphilis la gomme de l'amygdale apparaît-elle ? Ce serait refaire inutilement les divisions, désormais classiques. Il est des syphilis précoces, galopantes, brûlant les étapes, et de ce chef la syphilis gommeuse tertiaire des amydales peut être observée à une période rapprochée du début ; c'est le fait de l'observation I où, quinze *mois après* le chancre, deux gommes amygdaliennes se montrent ; au contraire ce n'est que 6 ans après la contamination que la gomme amygdalienne frappe le malade de l'observation II.

Y a-t-il lieu d'invoquer pour cette localisation anormale, *exceptionnelle* de la syphilis quelques conditions particulières ? C'est fort probable. Le malade de l'observation I, sujet russe, ne quittait

pas la cigarette du soir au matin, donc le tabac peut jouer un rôle occasionnel. Les maladies antérieures, diphtérie, (obs. I), les amygdalites aiguës, (obs. II) me semblent ne pouvoir être négligées.

Quant à l'âge des malades, au sexe, mes documents sont trop peu nombreux pour que je puisse fournir des indications de quelque valeur. Si je résume ces notions en quelques mots, je dirai que l'amygdale peut être le siège de productions gommeuses, *hâtives ou tardives*, probablement appelées à se localiser ainsi par suite d'irritations locales, ou par le reliquat d'anciennes inflammations non spécifiques ; il y a lieu d'ajouter en effet que l'hypertrophie amygdalienne, si fréquemment observée chez les syphilitiques, ne doit pas constituer une condition étiologique sérieuse, puisque la gomme amygdalienne reste jusqu'à plus ample informé une rareté, une curiosité de syphiliographie.

Le diagnostic des gommes amygdaliennes est un des plus délicats que je sache, car deux problèmes d'une difficulté inégale il est vrai, s'imposent au médecin : d'abord différencier l'affection des diverses maladies qui peuvent frapper l'amygdale, puis, la syphilis reconnue, reconnaître qu'on a affaire à une gomme.

1° La première chose à faire est donc de ne pas confondre avec les angines ou amygdalites inflammatoires, la localisation tertiaire de la syphilis ; or il peut y avoir des phénoménes généraux intenses (obs. I) qui durant les premiers jours pourront faire errer le diagnostic ; cependant, ils sont en général *moins violents*, *de plus petite durée*, *ils peuvent manquer tout à fait*, et cette absence de symptômes fébrils avec une amygdalite intense doit être tenue pour *suspecte* chez tout sujet syphilitique ; ce symptôme négatif est donc à signaler.

Localement il en est un autre de même importance. C'est la circonscription à une *seule* amygdale du processus en apparence inflammatoire.

C'est encore une erreur que je relève dans la thèse de Pivaudran, qui dit que l'amygdale sera rarement atteinte seule; or, c'est la règle, tandis que, comme chacun le sait, angine pultacée et scarlatineuse, amygdalite inflammatoire, infectieuse, toutes ont une localisation double, sans parler de la concomitance des symptômes associés : couleur des exsudats, éruptions, etc., que je suppose connus, afin de ne pas donner à cette note des proportions aussi inutiles que fastidieuses. A la période d'ulcération, le diagnostic me paraît plus simple.

Les ulcérations du cancer se présentent avec un fond sanieux, une *dureté* des bords, la présence de fongosités considérables, enfin la fétidité de sécrétion, une tendance aux hémorrhagies, un engorgement ganglionnaire, sans parler de la cachexie, tous symptômes qui ne sauraient permettre le doute, sans compter que l'iodure reste le juge définitif du débat.

Donc, la syphilis reconnue, il faut affirmer la gomme. Comment ? Il pourra sembler à tous ceux qui ne se sont pas trouvés aux prises avec les difficultés que j'ai relatées dans mes deux observations, un peu oiseux de s'étendre sur cette partie définitive du diagnostic, et cependant je ne crains pas de l'affirmer, elle reste encore singulièrement délicate.

Le chancre de l'amygdale, en effet, est un de ceux qui donnent lieu aux erreurs de diagnostic les plus fréquentes. Je renvoie d'ailleurs le lecteur à la savante étude de P. Le Gendre. (*Arch. gén. de méd.*, 1884), dont je résume à grands traits les signes distinctifs. Amygdale volumineuse, couverte souvent d'un exsudat grisâtre, épais, cohérent et *fétide*, quelquefois noirâtre, ces divers aspects pouvant se traduire par une érosion, une ulcération quelquefois diptheroïde ou gangreneuse, *induration* au toucher, *adénopathie*. Le Gendre, dans ses conclusions, dit que la rougeur érythémateuse, et la réaction inflammatoire sont deux signes précieux pour le diagnostic différentiel du chancre et des syphilides ulcéreuses tertiaires gommeuses. Je le crois, mais j'engage à ne pas faire fond absolument sur cette association de signes, m'étant déjà expliqué catégoriquement sur la prétendue indolence de la gomme amygdalienne et ayant montré, d'autre part, que la rougeur la plus vive, la plus scarlatiniforme, si je puis ainsi m'exprimer, était de règle, lorsque la réaction inflammatoire apparaisait.

Les plaques muqueuses diphtéroïdes ne peuvent être confondues avec la gomme ulcérée. Elles sont multiples, règle générale, d'autres érosions de même nature et d'apparence classique, c'est-à-dire opalines, porcelaniques, existent au niveau des commissures labiales, fréquemment sur le corps on rencontre des syphilides papuleuses ou autres qui permettent d'établir un diagnostic précis, ainsi que nous avons eu l'occasion de le montrer, Alb. Robin et moi, dans notre étude de la syphilis amygdalienne (Leçons de clin., 1885).

Enfin les syphilides ulcéreuses des amydales si fréquentes doivent être distinguées. Je ne saurais mieux rappeler leurs caractéres qu'en transcrivant ici la description qu'en donne Fournier :

« Celles-ci, dit ce maitre, n'ont que peu ou pas de caractères distinctifs. Elles consistent simplement en des ulcérations analogues d'aspect à celles que nous venons d'étudier sur le voile, ce sont des plaies anfractueuses, et anfractueuses en raison même du siège qu'elles occupent, généralement grisâtres, *quelquefois pultacées*, *blanchâtres*, et *comme pseudo-membraneuses* ; plus ou moins étendues, tantôt n'occupant qu'une partie de l'amygdale, tantôt s'étalant sur toute la région : le plus habituellement *indolentes et peu douloureuses* ; quelquefois cependant éveillant une certaine réaction de voisinage et s'accompagnant alors de douleur dans la déglutition, de gêne continue dans l'arrière-gorge, de bourdonnements et d'élancements d'oreille. On a vu parfois l'amygdale être fortement entamée et détruite presque complètement par des ulcérations syphilitiques tertiaires. J'ai même observé quelques cas dans lesquels la loge amygdalienne a été absolument évacuée, littéralement vidée par des lésions de ce genre.

A vrai dire toutefois je crois, *sans oser l'affirmer* (car la preuve est difficile à faire ici), que ces destructions totales des amygdales sont moins le résultat de simples syphilides ulcéreuses que d'ulcérations consécutives à *des gommes*, à de véritables *infiltrations gommeuses*. »

C'est qu'en effet ces gommes ne se différencient pas autrement que par leur siège des lésions semblables des organes voisins, et, quoique je n'aie pas eu l'occasion de les étudier au point de vue anatomo-pathologique, je suis persuadé que leur

description concorderait de tous points avec celle dont Mauriac a si heureusement résumé les caractères dans ses belles leçons de l'hôpital du Midi (1883).

Ce serait une prétention insoutenable que de vouloir dégager de deux observations, si minutieuses soient-elles, des conclusions cliniques, fermes et indiscutables ; cependant en attendant le jugement de réforme qui ne manquera pas d'être prononcé, s'il y a lieu, je crois qu'on peut conclure :

1° Que l'amygdale n'est pas à l'abri du processus gommeux.

2° Que la gomme s'y présente sous des apparences trompeuses, non pas du fait de l'insidiosité de son début, mais bien de l'aspect angineux, diphtéritique ou scarlatineux que peut revêtir la maladie.

3° Qu'à l'indolence de la syphilis tertiaire du voile palatin il y a lieu d'opposer la vivacité réactionnelle de la gomme de l'amygdale, et qu'ainsi cette affection mériterait le nom d'angine ou mieux d'amygdalite tertiaire gommeuse aiguë.

(*Archives de laryngologie.*)

LA DIPHTERIE

Nouvelles recherches sur le poison diphtérique. — Le meilleur antiseptique. — Pinceau molletoné.

(*Suite et fin.*)

« Est-il possible de nous faire une idée plus précise de la puissance du poison diphtérique et de mesurer en poids la dose capable de tuer un cobaye ou un lapin ? Ce que nous venons de dire de ce poison fait comprendre qu'il est difficile de l'isoler à l'état de pureté et que, comme les diastases auxquelles il ressemble par tant de traits, il est toujours accompagné de substances étrangères. Nous allons cependant citer quelques chiffres qui montreront combien est grande son activité. Un centimètre cube de liquide actif évaporé dans le vide donne un centigramme de résidu sec. Si on défalque le poids des cendres et la portion insoluble dans l'alcool, qui n'a aucune action toxique, il reste un poids de quatre dixièmes de milligramme de matière organique. Il est certain que la majeure partie de ces quatre dixièmes de milligramme sont formés de substances autres que le poison diphtérique. Cette dose si faible est cependant suffisante pour faire périr au moins 8 cobayes de 400 grammes, ou deux lapins de 3 kilos chacun ; un chien de 9 kilogrammes qui recevrait ces quatre dixièmes de milligramme dans le sang, s'il ne succombait pas, resterait très malade pendant longtemps.

« Deux centigrammes du second précipité humide de phosphate de chaux, introduits sous la peau d'un cobaye, le font mourir en quatre jours. Ces deux centigrammes le font correspondre à un poids de matière organique inférieur à deux dixièmes de milligramme, et duquel il faudrait encore retrancher le poids des substances inertes que nous ne savons pas éliminer.

« Le poison diphtérique, qui est si actif quand il est introduit sous la peau, peut être ingéré en grande quantité par des cobayes et des pigeons sans que ces animaux paraissent en souffrir. Dix centimètres cubes de liquide filtré ont été ingérés par un pigeon sans qu'il témoigne aucun malaise les jours suivants, et cependant 2/5 de centimètre cube du même liquide, injectés sous la peau d'un second pigeon, le faisaient mourir en 60 heures. L'introduction de 1/2 centimètre cube du même liquide dans la trachée des pigeons les tue après 4 ou cinq jours, sans que d'ailleurs on constate aucune lésion des organes respiratoires.

« De tout ce qui précède, il nous paraît ressortir que le poison diphtérique a beaucoup d'analogies avec les diastases, son activité est tout à fait comparable à celle de ces substances ou encore à celle des venins. Nous n'entendons pas dire cependant qu'il produit des phénomènes d'hydratation semblables à ceux que causent les diastases ; il n'intervertit point le sucre, ne digère point la fibrine. Si nous le comparons aux diastases, c'est sans préjuger son action chimique, et seulement pour rappeler quelques-unes de ses propriétés. Dans le corps des animaux, le poison de la diphtérie nous paraît agir surtout sur les parois des vaisseaux ; les dilatations vasculaires, les hémorrhagies, les œdèmes que l'on trouve à l'autopsie des animaux diphtériques sont à l'appui de cette opinion.

« La grande activité du poison peut amener à regarder comme très virulentes des cultures de diphtérie qui ne le sont pas. Si l'on injecte, par exemple, sous la peau d'un cobaye une quantité très faible (1/8 de c. c.) d'une culture ancienne, l'animal succombera, et l'on pourra attribuer sa mort à la virulence des bacilles injectés, tandis qu'en réalité ils sont incapables de pulluler sous la peau des animaux. Il ne faut donc pas confondre l'action toxique des cultures avec leur virulence. La virulence est l'aptitude d'un microbe à se développer dans le corps d'un animal vivant ; cette aptitude est en général augmentée par le passage au travers d'une série d'animaux. La propriété de faire des poisons dans les cultures peut appartenir à des microbes inoffensifs dépourvus de toute virulence.

« Il est difficile d'habituer les animaux au poison diphtérique, précisément à cause de son activité. Même à doses très faibles, il produit souvent des effets à longue échéance. *C'est à cause de ce pouvoir toxique énergique qu'il faut intervenir dès le début de la formation des fausses membranes chez les diphtériques.* Si on a laissé au bacille le temps de former une dose suffisante de poison, c'est en vain que l'on fera disparaître la membrane croupale et qu'on détruira les bacilles, la mort surviendra par empoisonnement ; car dans la diphtérie, contrairement à ce qui se passe pour beaucoup d'autres maladies infectieuses, l'infection n'est pas produite par un microbe envahissant les tissus, mais par la diffusion dans l'organisme d'une substance toxique préparée à la surface d'une muqueuse, pour ainsi dire en dehors du corps. »

II

A la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (26 juin 1889), M. Chantemesse, en son nom et au nom de M. Widal, a lu une communication sur le *traitement de la diphtérie* dont nous empruntons le compte rendu au *Progrès médical.* Il rappelle la découverte du microbe de la diphtérie, les travaux de Roux et Yersin, la manière dont se propage le bacille pathogène. Pour arriver à combattre les effets graves, viru-

lents de la diphtérie, il faut supprimer la source du poison, c'est-à-dire cet agent pathogène. MM. Chantemesse et Widal ont donc recherché quelle était la substance agissant le plus rapidement et le plus vigoureusement contre ce dernier en le détruisant.

Ils se sont servis, pour ces recherches, du dispositif suivant : un fil de soie stérilisé est trempé dans une culture pure de bacilles de la diphtérie, puis dans le liquide antiseptique à l'essai pendant 3 minutes, ensuite lavé dans l'eau distillée stérilisée, puis dans l'alcool absolu qui ne détruit pas ce bacille et, enfin, plongé dans un bouillon de culture. Avec les substances suivantes employées souvent contre la dipthérie, les cultures ont prospéré ; ces corps sont : l'eau de chaux, une solution de tannin, l'eau boriquée à 4 0/0, les solutions de sulfate de fer et de cuivre, l'eau salolée, l'acide salicylique en solution alcoolique à 5 0/0, le perchlorure de fer à 1 0/0, le biiodure de mercure à 1/2 pour 1000, l'eau naphtolée, l'acide phénique à 1 p. 100.

Les 3 seuls corps ayant donné des résultats positifs et entravé la fertilité des germes, sont : le naphtol camphré déjà employé avec succès par M. Le Gendre, la solution du Dr Soulez (acide phénique 5 gr., camphre 20 gr., huile d'olive 30), et une troisième solution analogue à cette dernière dans laquelle les auteurs de la communication ont substitué la glycérine à l'huile d'olive. Cette substitution a pour but de permettre à ce mélange de mieux pénétrer les éléments pathogènes, *tandis que* l'huile glisse en quelque sorte sur eux. Ce mélange est mis au bain-marie, et il se sépare en 2 couches, l'une inférieure, claire, l'autre supérieure, visqueuse, formant une sorte de glycérolé. Ce corps stérilise complétement les fils trempés dans une culture de diphtérie. M. Chantemesse croit qu'on peut l'employer avec de bons résultats dans la diphtérie de la gorge, en s'en servant en badigeonnages au moyen d'un fort pinceau destiné à mettre la muqueuse à nu.

M. *Vallin* croit qu'il serait utile, en outre, de donner aux malades du naphtol à l'intérieur pour empêcher l'infection et faire de l'antisepsie intestinale. Il est étonné que l'eau naphtolée n'ait pas d'action quand le naphtol camphré agit.

M. *Chantemesse.* — L'eau naphtolée ne contient que 0,20 centigr. de naphtol par litre. L'empoisonnement se fait surtout localement ; c'est donc là qu'il faut porter tous ses efforts pour empêcher l'infection, c'est-à-dire au niveau de la gorge. L'absorption des principes virulents est très faible dans l'intestin.

M. *Richard* n'a pas entendu citer le sublimé par M. Chantemesse dans la liste des substances qu'il a essayées.

M. *Chantemesse.* — Le sublimé ne peut être employé impunément dans les voies digestives ; à faibles doses il n'agit pas, sinon il devient très caustique.

M. *Richard* a employé, chez un soldat atteint d'angine diphtérique, une solution de sublimé à *un pour cent*; il n'a pas eu d'accidents et le malade a guéri. Il avait soin de doser chaque fois la quantité de solution dont il se servait pour le badigeonnage.

M. *Delthil.* — M. Chantemesse a-t-il essayé de la térébenthine, les essences de lavande, de citron, etc. ?

M. *Chantemesse* n'en a retiré aucun bénéfice; il en est de même du copahu.

M. *Delthil.* — L'action zymoticide de ces substances est certaine ; si on n'a pas obtenu de résultats, c'est qu'on les a mal employées. M. Delthil, depuis 25 ans, a retiré de grands avantages de l'emploi de la térébenthine ; ce corps a l'avantage d'être, par suite de sa diffusibilité dans l'air, un médicament prophylactique empêchant l'infection des autres habitants de la maison; il guérit localement la diphtérie ; enfin, il agit sur tout l'organisme qu'il imprègne et combat ainsi l'infection. Le traitement que préconise M. Chantemesse est dangereux chez l'enfant.

M. *Chantemesse.* — La térébenthine peut être antiseptique, et ne pas agir sur le bacille de la diphtérie ; l'infection de celle-ci est locale, et il faut chercher un antiseptique agissant sur elle localement.

III

M. le Dr *de Crésantignes* a inventé, pour détacher les fausses membranes, un *pinceau molletonné* dont il a exposé à la Société de médecine pratique les divers avantages. Ce pinceau est fait de la manière suivante : un morceau d'ouate hydrophile a été enroulé à l'extrémité d'une tige de bois de longueur et de diamètre suffisants ; l'olive ainsi obtenue est recouverte de molleton épais, l'étoffe ayant été taillée et cousue de façon à s'y appliquer exactement sans plis.

« Les avantages d'un semblable pinceau en forme d'écouvillon, sont les suivants : 1° Il offre de la résistance et possède en même temps un certain degré d'élasticité assez comparable à celle de la pulpe du doigt, ce qui permet d'agir avec une certaine force, mais sans violence ; 2° Si l'on voulait l'imbiber de topique avant de l'appliquer, on n'aurait aucune difficulté, puisqu'il est formé en grande partie de coton hydrophile ; 3° Il s'égoutte facilement ; 4° Les liquides ne le ramollissent pas ; 5° Ils ne le gonflent pas non plus en le déformant, ce qui permet d'en limiter exactement l'action au point que l'on désire ; 6° On peut agir avec les parties latérales, avantage précieux pour une plaque de l'amygdale, par exemple; 7° L'adhérence du molleton avec les fausses membranes est tout à fait remarquable, ce qui présente un double avantage : elle permet d'avoir prise sur elles pour les détacher plus facilement et les ramener au dehors ; elle évite donc que des fragments dissociés ne tombent dans la bouche comme il arrive avec d'autres pinceaux et ne se mêlent à la salive. — Cette dernière considération à laquelle on n'attache pas, selon moi, assez d'importance, me semble pourtant capitale, étant donné l'aptitude des bacilles à coloniser et à former de nouvelles plaques sur des points de la muqueuse non encore atteints. — La preuve de l'adhérence du molleton avec les fausses membranes est donnée par ce fait que, si l'on veut voir tout ce que l'on a détaché, il ne suffit pas d'agiter le pinceau dans l'eau, l'on est obligé de gratter l'étoffe avec la lame d'un canif, par exemple; 8° Enfin, l'instrument est très facile à manier et permet de faire rapidement la toilette de la muqueuse, ce qui est précieux si l'on a à traiter un enfant indocile. » Chez les six petits malades pour lesquels M. de Crésantignes l'a employé maintes fois, son application a été simplement désagréable, mais non douloureuse.

Il faut employer le pinceau *à sec*, d'abord parce que l'adhérence est plus grande, puis parce qu'il n'y a pas utilité à appliquer un topique dont l'usage en excès peut occasionner de la douleur, avant d'avoir enlevé tout ce qu'il est possible.

Pour obtenir les meilleurs résultats, il faut appliquer sur la plaque, aussi bas que possible, un point des parties latérales du pinceau, puis appuyer tout en remontant et en faisant tourner le manche entre les doigts.

Il est bien préférable de se servir pour chaque prise d'un pinceau neuf parce qu'il est plus prudent de ne pas risquer d'excorier les tissus sous-jacents, ainsi que ceux du voisinage, avec un instrument déjà chargé de produits diphtériques.

La muqueuse une fois détergée, M. de Crésantignes se sert pour l'application de la solution topique d'un simple morceau d'ouate enroulé à l'extrémité d'un manche de bois.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Pour 25 fr., pour 25 fr. 50 ! de médecine légale.

A présent que je les tiens, monsieur le Directeur, je vais vous conter leur histoire. Je cours après depuis bientôt deux ans, et je les ai gagnés à faire de la médecine légale : vous pensez bien déjà que ce n'est pas de l'argent trouvé.

Une affaire d'empoisonnement avec autopsie en 1887, diverses autres opérations en 1888 figuraient sur mon mémoire, présenté en 1889 pour un total de 25 fr. 50 c. Ce mémoire me revient muni du réquisitoire et de l'exécutoire en bonne forme, avec ordre au receveur de mon canton de me payer 25,50. Au bureau le commis principal me paye ; quelques jours après, le chef me réclame 11 fr. indûment touchés pour l'affaire d'empoisonnement pour laquelle la prescription est acquise. « Le receveur de Blois a refusé le mandat de « virement. »

Etonnement de votre serviteur : 1° de se voir retirer son argent, 2° de voir intervenir ce Monsieur de Blois, 3° de voir la prescription si rigoureusement invoquée. Ici le receveur n'est pas un mauvais homme, nous sommes du même cercle, il m'expose que, si je ne les rends pas, il perdra les onze francs, que c'est du reste son collègue de Blois qui théoriquement doit me payer, mais que l'administration, toujours paternelle, pour éviter à son créancier 72 kilomètres aller et retour autorise le receveur du canton à payer, et à échanger avec Blois une pièce comptable appelée mandat de virement.

Le collègue fiscal n'a pas trouvé le papier bon à cause de la prescription. Le réquisitoire du procureur, l'exécutoire du juge, l'enregistrement n'a pas à en tenir compte.

Je rends donc l'argent et on ne me rembourse ni les 10 centimes du reçu que j'avais donnés en le touchant, ni les 60 centimes de timbre du mémoire. L'affaire s'annonçait mal.

Cependant, comme fiche de consolation, on me suggère l'idée d'adresser une requête au garde des sceaux (art. 5 ordon. du 28 novembre 1838) avec considérations tendant à établir que le retard dans la production du mémoire n'était point de mon fait. Sur une feuille de timbre de 60 centimes, j'écrivis à M. le garde des sceaux qui, convaincu après une enquête rapide, réordonnança la somme. Mieux vaut s'adresser au bon Dieu qu'à ses saints ; attendez un peu, les saints vont rentrer en scène.

J'avais sur mon mémoire rayé « reçu 25,50 » et mis « 14,50 après avoir rendu 11 fr. Vous voyez bien le tableau, me croyez-vous en règle ? Avec ma conscience, oui ; avec l'enregistrement, non. Le receveur de Blois, déjà nommé, refuse de recevoir le mémoire ainsi surchargé, parce que le chiffre de 14,50 touché ne correspond pas à l'ordre de payer 25,50, enjoint par un exécutoire du juge, dont il n'a pas du reste, lui, receveur, jugé à propos de tenir compte. Docteur, refaites un nouveau mémoire (sur feuille de 60 centimes).

A l'exemple de l'administration, j'essaie de la force d'inertie, j'attends. Puis j'annonce quelques jours après à mon receveur que je lui présenterai un nouveau mémoire de 11 francs avec autorisation spéciale du ministre « relevant le sieur X. « de la déchéance ». Je n'insiste pas sur ce que le mot avait de raide et sur la situation humiliante qu'il m'attribuait avant l'ordonnance (bien des dynasties auraient voulu être à ma place). J'escomptais déjà mes onze francs. Mon receveur m'apprend que son collègue lui a refusé net ses 14,50 à cause de l'irrégularité du mémoire surchargé, qu'il me les a de fait avancés de sa poche, et que si je lui présente une note de 11 fr. je ne lui devrai plus que 3.50. Tout arrive : de créancier je tombais débiteur, ce ne fut pas sans ressentir une certaine surprise. Je me décidai à faire la part du feu, ou plutôt du timbre, et j'établis en rechignant un nouveau mémoire (sur une feuille de 60 centimes, nous les compterons). Le lendemain je fus avisé que, le procureur cette fois, réclamait un des mémoires en double expédition. N'ayant plus grand'chose à perdre, je m'exécutai, heureux d'en être quitte, car quand je me présentai au bureau, timidement cette fois, à cause de mon passé, avec mes deux pièces présumées régulières, je parvins à extraire de la caisse 9,60 sur 11 fr. laissant les 14,50 qui m'avaient, paraît-il, été trop tôt payés.

En somme, sur un mémoire de 25,50, j'ai touché net 22,20.

En suis-je seulement pour mes timbres, pour mes démarches, pour mon mauvais sang surchauffé, plein de leucomaïnes ? Non, j'ai voulu d'abord me soulager en racontant à mes confrères ma mésaventure pour leur en éviter une pareille, et leur proposer les conclusions suivantes :

1° Non seulement ne recherchez pas, mais évitez la médecine légale.

2° Si vous en faites, et comme correctif, ne laissez jamais sous aucun prétexte passer le temps accordé pour produire votre mémoire.

3° Unissez-vous au *Concours Médical* pour la revision des tarifs et règlements de 1811.

Excusez, Monsieur le Directeur, cette trop longue épître, vous en ferez l'usage qui vous semblera bon pour nos intérêts professionnels que vous défendez en toute circonstance, de façon à mériter la reconnaissance de tous les médecins, et en particulier celle dont votre fidèle lecteur vous offre l'expression sincère.

X....

Le service militaire des médecins civils.

Monsieur le directeur,

Je lis dans le dernier numéro du *Concours* au sujet du service militaire des médecins civils un article où on affirme que ceux qui ont fait 28 ou 13 jours sont nommés aides-majors de 1re classe.

Or voici mon fait en contradiction avec cette assertion.

J'ai fait en 1875 mon volontariat dans les hôpitaux ; j'en suis sorti caporal de visite avec la mention très satisfait. J'ait été appelé en 1883 à faire 28 jours de grandes manœuvres de Belfort à Dijon où j'ai fait un service assez pénible, car nous n'étions que le médecin-major et moi pour 2.400 hommes qui souvent étaient divisés pour le campement et dont la moitié m'était par conséquent confiée.

J'ai su, et j'en ai la preuve entre mes mains, que mes notes avaient été pour les 28 jours ainsi résumées « excellent officier sous tous les rapports ». De plus je n'ai jamais touché un centime pour mon équipement alors que beaucoup d'autres en ont été remboursés intégralement et je suis encore de 2e classe à la suite et j'ai déjà, bien des fois, vu passer dans les promotions de l'*Officiel*, de mes collègues plus jeunes et n'ayant pas plus de titres que moi.

Si ce fait peut vous servir, faites-en ce que vous voudrez et agréez, etc.

Un aide-major de 2e classe.

REPORTAGE MÉDICAL

Le suicide en France en 1887. — Le suicide a atteint en 1887 le chiffre de 8.202.

Les femmes recourent, moins souvent que les hommes, au suicide, 1,768 (22 %), au lieu de 6.434 (78 %).

L'état civil de 247 suicidés n'a pu être établi, les autres se classent ainsi :

Hommes célibataires 2.381, mariés 2.910, veufs 928.

Femmes célibataires 513, mariées 796, veuves 427.

Les suicidés (7.418) dont la condition sociale a pu être établie se groupent ainsi :

Agriculture, hommes 2.020 ; femmes 594.
Industrie, hommes 1.772 ; femmes 504.
Commerce, hommes 881 ; femmes 86.
Propriétaires, hommes 591 ; femmes 140.
Domestiques, hommes 279 ; femmes 134.
Agents de la force publique, hommes 197.
Professions libérales, hommes 143 ; femmes 16.
Employés d'administrations publiques, hommes 61.

Quant au domicile des suicidés il était rural pour 4.279 et urbain pour 3.807.

Comme toujours les suicides ont été plus nombreux en été (31 %) et au printemps (28 %) qu'en automne (22 %) et en hiver (19 %).

Au point de vue des moyens employés les suicides se divisent en :

Pendaison, hommes 2.983 ; femmes 478.
Immersion, hommes 1.471 ; femmes 742.
Armes à feu, hommes 1.033 ; femmes 29.
Asphyxie par charbon, hommes 432 ; femmes 251.
Instruments aigus ou tranchants, hommes 176 ; femmes 38.
Chute volontaire, hommes 223 ; femmes 119.
Poison, hommes 96 ; femmes 95.
Autres moyens, hommes 20 ; femmes 6.

Les causes peuvent être divisées en 8 groupes principaux :

Aliénation mentale, hommes 1.401 ; femmes 622.
Souffrances physiques, hommes 1.138 ; femmes 269.
Misère et revers de fortune, hommes 933 ; femmes 126.
Chagrins de famille, hommes 813 ; femmes 303.
Ivresse, hommes 836 ; femmes 98.
Désir de se soustraire aux poursuites judiciaires, hommes 234 ; femmes 30.
Peines diverses, hommes 329 ; femmes 56.
Amour contrarié, jalousie, débauche, hommes 173 ; femmes 132.

Deux faits saillants ressortent des chiffres ci-dessus : 1° l'aliénation mentale conduit au suicide plus fréquemment la femme que l'homme, phénomène commun à tous les pays ; 2° le nombre des suicides dus aux maladies cérébrales et à l'alcoolisme forme les deux cinquièmes du total.

(*Semaine médicale.*)

Conseil supérieur de statistique. — Par décret en date du 3 juillet 1889, le Conseil supérieur de statistique comprendra un membre de l'Académie de Médecine. M. le Dr Javal est nommé, en cette qualité, membre du conseil supérieur de statistique.

Concours des clinicats. — Le concours pour trois places de chefs de clinique s'est terminé par les nominations suivantes : Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : M. Pignol. Clinique médicale de l'hôpital Necker : M. Marfan. Clinique des maladies nerveuses : M. Guinon.

Legs Vincent. — La *Société médicale des hôpitaux* vient d'accepter un legs de 1.000 fr. de Mme Vincent, destiné au meilleur travail imprimé ou manuscrit, paru sur « *l'angine de poitrine symptomatique d'une lésion organique du cœur et sur l'artério-sclérose* ». Le prix sera décerné, le 8 juillet 1891. S'il n'y a pas lieu de le décerner, le concours sera remis à deux ans. Pour tous renseignements, s'adresser à la Société.

Un membre du *Concours*, M. le Dr Barthès, de Limours (Seine-et-Oise), vient de recevoir la médaille militaire pour sa belle conduite au siège de Strasbourg et dans les ambulances en 1870-71.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Pincot, de Paris, présenté par M. le docteur Pascalin, de Paris.

M. le Dr Paterne, présenté par M. le docteur Le Gendre.

Le Directeur-Gérant : A. Cézilly.

Clermont (Oise).— Imp. Daix frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année — N° 30 — 27 Juillet 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité (1).

Le rapport de M. Hérard sur un mémoire présenté par M. *Larat* à l'Académie a remis à l'ordre du jour cette question importante de thérapeutique. Citons d'abord la statistique de M. Larat ; sur 24 occlusions traitées par l'électricité il a eu 10 guérisons complètes ; 6 fois le cours des matières a été rétabli, mais le malade a succombé ultérieurement par épuisement, péritonite ou progrès des lésions organiques concomitantes. 6 fois l'électricité n'a pu vaincre l'obstacle, consistant en une hernie méconnue ou en une tumeur cancéreuse. 2 fois les malades n'ont pu supporter le lavement électrique. Dans une statistique antérieure et plus nombreuse M. Boudet (de Paris) annonçait 70 % de succès opératoires.

La faradisation convient plutôt aux étranglements aigus, survenant brusquement, pour imprimer aux parois abdominales des contractions rapides et produire par leur intermédiaire une sorte de massage du paquet intestinal.

Dans les formes d'occlusion à marche lente où domine la parésie intestinale et par suite la nécessité de rendre la tonicité aux muscles lisses, la galvanisation convient mieux. On peut encore employer alternativement ou simultanément les deux espèces de courants. M. Boudet a amélioré la thérapeutique en instituant les lavements électriques, c'est-à-dire en disséminant l'électricité galvanique à l'aide d'un lavement d'eau salée sur une plus large surface de la muqueuse intestinale.

Actuellement donc, le traitement *médical* de l'occlusion intestinale comprend les moyens suivants : purgatifs au début, *sans y insister* toutefois ; car s'ils n'amènent aucun résultat, ils aggravent le mal ; belladone, opium à hautes doses, injections de morphine, lavements purgatifs, douches et irrigations rectales (entéroclisme), lavements de siphon d'eau de seltz et enfin l'électricité.

Mais, comme l'a fait observer M. *Le Fort*, parmi les succès de M. Larat il a pu se glisser quelques cas de constipation plus ou moins opiniâtre, sans obstruction véritable ; quand il y a obstruction vraie par brides ou invagination, les chances de réussite, même avec l'électricité, sont encore peu nombreuses et il faut toujours être prêt à intervenir *chirurgicalement.*

M. C. *Paul* croit nécessaire d'établir une distinction entre les obstructions de l'intestin grêle et celles du gros intestin ; dans ces dernières la galvanisation est presque toujours suivie de succès. Dans les invaginations de l'intestin grêle on peut se demander si la galvanisation ne peut pas aggraver l'état du malade, en faisant contracter les anses voisines du paquet intestinal invaginé, alors que celui-ci reste immobile.

(1) Académie de médecine.

Méthylène, chloroforme associé au chloral pour l'anesthésie chirurgicale.

M. *Le Fort* a confirmé par de nouveaux faits les avantages qu'il attribue au méthylène qu'il fait venir d'Angleterre pour remplacer le chloroforme à l'exemple de Spencer Wells : agitation préanesthésique moindre, vomissements moins fréquents avant et pendant l'opération ; l'anesthésie est un peu plus longue à obtenir avec le méthylène. M. Le Fort n'a pas obtenu avec le chlorure de méthylène fabriqué par M. Regnauld et qui serait, dit celui-ci, chimiquement semblable au produit anglais, les mêmes effets physiologiques.

M. *Perrin* rappelle avoir démontré il y a plus de 30 ans que le patient qui succombe pendant l'anesthésie ne meurt pas empoisonné, mais par un arrêt imprévu des battements du cœur, syncope banale qui emprunte sa gravité à la sus-

pension de l'activité excito-motrice de la moelle et qu'il n'est pas au pouvoir du chirurgien d'éviter malgré toutes précautions. M. Perrin a confiance, pour éviter la syncope, dans l'association du chloral au chloroforme préconisé par Forné le premier. On administre 4 grammes de chloral une heure avant de commencer les inhalations chloroformiques, qui dès lors ne provoquent aucune réaction et amènent l'anesthésie beaucoup plus vite.

M. *Trélat* reconnaît certains avantages à ce procédé pour des malades très nerveux et pusillanimes ; mais il faut redouter la prostration considérable où les plonge l'association du chloral au chloroforme. Le professeur n'attache pas une importance considérable aux reproches faits au chloroforme, pourvu qu'il soit très pur ; l'important est de savoir l'administrer. L'anesthésie est toujours beaucoup mieux pratiquée à la fin de l'année quand l'éducation des internes est faite, qu'au commencement.

Des injections intra-pleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses (1)

M. *Fernet* traite certaines pleurésies qu'il considère comme infectieuses par la méthode des injections intra-pleurales antiseptiques.

Le liquide auquel il donne la préférence est la liqueur de Van Swieten ; la dose a varié pour chaque injection de 5 gr. à 7 gr. 50.

Dans plusieurs cas où il a eu recours à cette méthode, la maladie s'est terminée d'une façon favorable, alors que le pronostic semblait devoir être grave.

Il va de soi que ce traitement ne peut être inoffensif qu'à la condition de s'entourer des plus minutieuses précautions antiseptiques.

M. Fernet a également combattu par des injections antiseptiques des inflammations péritonéales. Chez une malade, atteinte de tuberculose péritonéo-pleurale, il a fait, à deux reprises différentes, une injection d'eau iodée dans la cavité péritonéale, 5 grammes la première fois, 8 grammes la seconde. Il n'y eut aucune douleur et aucun accident consécutif. Sous l'influence de ces deux injections le liquide épanché dans le péritoine s'est résorbé, mais la tuberculose a continué à progresser. Ce fait ne paraît pas moins prouver que la tuberculose péritonéo-pleurale, au moins dans sa forme subaiguë, est curable.

Comme solution iodée, M. Fernet emploie celle-ci : iode 1 gramme, iodure de potassium, 4 gr. ; eau filtrée, distillée, bouillie 35 gr.

Les inhalations d'oxygène dans la diphtérie.

M. T. *Gonthier*, qui a consacré à ce sujet sa thèse inaugurale, conclut d'expériences et d'observations cliniques que dans les diverses formes de la diphtérie, l'oxygène pur employé en inhalations paraît avoir des effets généraux très favorables. Lorsque la pureté du gaz est absolue, on en peut faire l'application, par quantités considérables, sans qu'aucun inconvénient en résulte. Dans le croup, les mêmes phénomènes d'augmentation du pouls et de la température signalés chez l'homme sain soumis à l'influence de l'oxygène, se reproduisent avec de très légères variantes.

(1) Société médicale de hôpitaux.

La respiration est notablement accélérée dans son rythme par les inhalations du gaz ; la dyspnée des diphthéritiques paraît même tendre à se transformer le plus fréquemment en polypnée quand l'oxygène est respiré.

L'oxygène a une action régulatrice marquée sur la respiration altérée dans la diphthérie. Ce gaz a une influence vivifiante propre à régler les désordres de la mécanique respiratoire ; cependant la polypnée persiste malgré une ventilation ou une suroxygénation pulmonaire intense.

A titre de stimulant puissant des fonctions, l'oxygène a une indication toute marquée dans la diphthérie où le mauvais état général rend le plus souvent la résistance organique inefficace. Dans la diphthérie (comme à l'état de santé), les phénomènes d'accélération circulatoire et respiratoire n'ont qu'une durée limitée au temps même des inhalations : les effets du gaz disparaissent rapidement quand son administration est suspendue.

De l'intervention chirurgicale dans les angines couenneuses et de leur traitement en général.

M. le Dr H. *Marais* (de Honfleur) a adopté comme traitement de la diphthérie le curage de la gorge énergique et persévérant avec le perchlorure de fer pur à 30°, appliqué deux fois par jour au moyen de frottages successifs avec un pinceau ou une éponge bien imbibée du liquide caustique. Il a eu soin de débarrasser soigneusement les parties malades des mucosités avec un tampon d'ouate absorbante.

Il n'a pas hésité même à intervenir chirurgicalement par des incisions au sein des parties œdématiées alors qu'il était nécessaire de le faire pour aller atteindre les parties recouvertes de fausses membranes, et trois fois il n'a eu qu'à se louer d'avoir enlevé une amygdale chez des couënneux atteints d'une dyspnée inquiétante.

Il conseille en outre de faire tomber la fièvre à tout prix par l'antipyrine ou les alcaloïdes défervescents, d'alimenter très légèrement avec du bouillon, du jus de viande. Il se défie même du lait pur.

Comme moyens accessoires, mais très secondaires, il ne dédaigne pas les fumigations térébenthinées, les pulvérisations de vapeurs phéniquées, les injections d'eau chaude additionnées de coaltar.

Des injections intra-pulmonaires de naphtol camphré dans la tuberculose pulmonaire (1).

M. *Fernet* a précédemmont exposé les résultats heureux qu'il a obtenus au moyen du naphtol camphré dans le traitement des tuberculoses locales et en particulier de quelques ulcérations tuberculeuses de la langue ; depuis lors, ces premiers succès n'ont fait que se confirmer. Dans certains cas d'adénites scrofulo-tuberculeuses, alors que les ganglions n'étaient pas encore ramollis, des injections intra-parenchymateuses de quelques gouttes de naphtol camphré ont amené rapidement de notables améliorations ; maintenant il a essayé d'appliquer ce traitement à la tuberculose pulmonaire en ayant recours aux injections intra-parenchymateuses.

Le plus grand nombre des tuberculoses pulmo-

(1) Société de thérapeutique, 10 juillet.

naires, en effet, restent localisées, pendant longtemps tout au moins, en un point limité du poumon, et il était logique, théoriquement, d'essayer d'agir sur le foyer primitif de la lésion. Sans perdre de vue les indications fournies par l'état général du malade et sans nier les heureux résultats qu'ont donnés les antiseptiques employés comme médication générale ou médication respiratoire, M. Fernet pense qu'il est possible d'agir d'une façon plus active encore sur la lésion locale. Déjà bien des tentatives de ce genre ont été faites soit avec des solutions iodo-iodurées, soit avec des solutions de créosote ou de sublimé; mais la plupart des médecins se proposaient surtout d'agir sur les phénomènes de suppuration qui se produisent dans l'intérieur des cavernes pulmonaires. M. Fernet croit que le naphtol, par ses propriétés parasiticides, par les phénomènes d'irritation et de sclérose qu'il détermine au sein des tissus animaux, est propre à exercer une action réellement efficace sur la lésion tuberculeuse elle-même.

Il a pratiqué 40 injections intra-parenchymateuses de naphtol camphré, chez 4 malades, tuberculeux au deuxième degré, et qui présentaient des lésions de ramollissement aux deux sommets, caractérisées par des craquements humides ; dans un cas même, on pouvait constater l'existence d'une petite excavation. Ces injections ont été faites, une ou deux fois par semaine, au moyen de la seringue de Pravaz, munie d'une aiguille plus longue que l'aiguille ordinaire ; chaque fois, 0.15 centigrammes de naphtol camphré, c'est-à-dire 0,05 centigrammes de naphtol β pur ont été injectés. Ces injections étaient pratiquées, dans le premier ou le deuxième espace intercostal, à égale distance environ du bord du sternum et de la ligne axillaire. Après s'être assuré qu'il n'avait lésé aucun vaisseau du poumon, M. Fernet injectait la solution de naphtol avec toutes les précautions voulues.

22 fois sur 41 injections on n'a constaté aucun accident, mais dans les autres cas, il s'est produit quelques symptômes ; tantôt le malade se plaignait d'une légère douleur ressentie le long du bras, dans la sphère du nerf cubital ; tantôt il était pris de toux quinteuse, phénomène dû probablement à la pénétration de vapeur de camphre dans les bronches ; quelquefois enfin, il s'est produit, après l'injection, une légère hémoptysie, mais une seule fois la quantité de sang rendue a été assez abondante pour remplir le fond d'un crachoir ; le plus souvent l'hémoptysie n'était caractérisée que par quelques légers filets de sang dans les crachats.

Une seule fois on a constaté par l'auscultation des signes qui avaient fait penser à un pneumothorax enkysté du sommet, mais ces signes ont si rapidement disparu que la réalité de cet accident est douteuse.

Pour ce qui concerne les résultats définitifs, sur les quatre malades trois ont été assez notablement améliorés, le quatrième est sorti de l'hôpital dans un état médiocre, mais les lésions qu'il portait étaient assez avancées déjà. Chez tous, l'expectoration avait notablement diminué, et de muco-purulente, était devenue purement muqueuse ; les signes physiques eux-mêmes s'étaient beaucoup modifiés et les râles crépitants du début avaient presque entièrement disparu.

En résumé, les résultats obtenus sont assez satisfaisants ; M. Fernet croit, en outre, que les petits accidents constatés, toux, hémoptysie, pourraient peut-être être évités si, au lieu de camphre, on se servait d'un autre véhicule pour le naphtol, de l'huile, par exemple.

A la suite de cette communication faite par M. Fernet à la société de thérapeutique, divers objections ont été faites à l'auteur. M. *Dujardin-Beaumetz* ne pense pas que la médication de M. Fernet agisse directement sur le microbe. Si elle n'agit que sur l'expectoration, les injections sous-cutanées de subtances s'éliminant par les bronches (créosote, eucalyptol) auraient le même avantage. Lorsque la tuberculose a envahi le poumon, l'organisme tout entier est atteint. Il faut surtout se préoccuper de modifier le terrain et, si on veut agir sur l'infection générale, les injections sous-cutanées sont encore préférables.

MÉDECINE PRATIQUE

Taches et plaques de la langue.

XANTHELASMA. — MALADIE D'ADDISON. — LANGUE NOIRE. — TACHES PAR ALIMENTS, MÉDICAMENTS ET CAUSTIQUES. — PLAQUES DES FUMEURS. — LEUCOMES OU LEUCOPLASIE LINGUALE.

Dans un livre que notre distingué confrère, Douglas Aigre (de Boulogne-sur-Mer) a eu l'excellente idée de traduire, le Dr Henry T. *Butlin*, professeur à Saint-Bartholomew's hospital, expose avec d'intéressants détails les maladies de la langue. Au courant de la lecture de cette monographie, il m'a semblé que je serais agréable à mes lecteurs en les faisant bénéficier des idées de l'auteur sur quelques variétés de taches et de plaques de la langue.

I

Les variations de couleur de la langue peuvent être très nombreuses. Elles ne portent presque jamais sur la totalité de l'organe ni même sur toute l'étendue de sa face dorsale. Ce sont des taches de forme et de dimension variables, dont quelques-unes sont si rares, que presque aucun de nous ne les rencontrera au cours de sa carrière, mais d'autres ont une réelle importance. Je m'occuperai d'abord des taches simples, c'est-à-dire ne faisant aucun relief.

Citons d'abord les raretés. Le *xanthelasma*, qu'on rencontre chez bon nombre d'individus atteints d'ictère chronique, surtout aux paupières, à la conjonctive et sur divers points des téguments, peut exceptionnellement se manifester sur la langue par des *taches jaunâtres* allongées sur les bords et vers la pointe de la langue, sans induration aucune et variant comme étendue depuis la dimension d'un pois jusqu'à celle d'une pièce de cinquante centimes. Le microscope montre qu'elles sont constituées par des stries allongées sous-muqueuses au niveau desquelles le tissu conjonctif a proliféré, puis subi la dégénérescence graisseuse.

Des *taches noirâtres* ont été vues dans la *maladie d'Addison* sur les parties latérales et la pointe de la langue en coïncidence avec d'autres taches sombres ou noires sur la muqueuse des lèvres et de la face interne des joues et avec la coloration spéciale de la peau qui est si caractéristique. La lésion est une pigmentation des cellu-

les profondes de l'épiderme. Les malades n'éprouvent pas plus de gêne de l'existence de ces taches noires que des taches jaunes du xanthelasma.

Les *ecchymoses* sous la muqueuse de la langue donnent lieu à des taches de forme irrégulière, d'une *coloration d'abord violacée ou noirâtre*, qui deviennent *ensuite brunes et jaunes* et durent fort longtemps. Elles ont été surtout vues dans le *purpura*. Elles peuvent aussi résulter de quelque *traumatisme*. On les distingue des taches produites par divers caustiques à cause de leur profondeur, dont on se rend compte en frottant avec un linge ou en raclant un peu l'épiderme lingual. Quand la coloration a été produite par un caustique, les couches épidermiques mortifiées s'effritent toujours par le frottement.

L'existence chez certains individus d'une coloration noire, très étendue de la face dorsale de la langue (*nigritie, langue noire*) a été fort discutée à une certaine époque au point de vue de la simulation. Il s'agit d'une tache brun noirâtre ou presque noire, telle que celle que laisserait une potion au fer ou à l'encre ; cette tache est généralement de grande dimension, égalant une pièce de cinq francs en argent, située toujours au devant du V formé par les papilles caliciformes.

A ce niveau la surface ne présente aucune inégalité ; les papilles seules sont colorées, la muqueuse n'est pas envahie dans son épaisseur. La tache complètement noire au centre se décolore vers les bords après s'être étendue progressivement pendant deux à quatre semaines, elle se rétrécit ensuite de la circonférence vers le centre, puis est suivie généralement d'une desquamation. La durée totale a été en général de quelques jours à deux mois, mais plusieurs fois elle s'est prolongée des années. Quand la tache atteint son maximum d'étendue, le porteur éprouve une sensation de grande sécheresse à son niveau ; aucun autre phénomène.

C'est généralement par hasard qu'on découvre cette anomalie de coloration, pour laquelle plusieurs explications ont été proposées.

Hutchinson incline à considérer qu'il s'agissait d'une supercherie dans presque tous les cas connus. Armaingaud a attribué la coloration à un trouble vaso-moteur en faisant un rapprochement avec la chromhydrose cutanée qui a soulevé, on le sait, les mêmes soupçons de simulation.

M. Raynaud a probablement vu plus juste en invoquant l'étiologie parasitaire, il a décrit des amas de spores adhérent aux papilles. Butlin est porté à croire que cette coloration est due à une modification dans les fonctions de quelques-uns des parasites si nombreux qui existent à l'état normal à la surface de la langue. « Quand on songe à la grande variété de couleurs, — quelques-unes sont très brillantes, — que produit l'agglomération des micro-organismes, on ne s'étonnera pas qu'ils puissent produire dans certaines conditions à la surface de la langue une couleur très différente de l'enduit normal ou même pathologique. »

La plupart des sujets sur lesquels la langue noire a été rencontrée étaient à ce moment mal portants ou d'un âge très avancé.

Il ne semble pas qu'aucun topique ait réussi à modifier la marche ni l'aspect de cette bizarre affection.

Ce qui est d'un intérêt plus pratique que la connaissance des faits précédents, c'est l'indication des colorations que peuvent communiquer à la langue divers *aliments, médicaments* ou *caustiques*. Butlin a vérifié l'exactitude des renseignements déjà recueillis par M. Rigal à ce sujet.

Noir. — Encre, vin rouge, mûres, certaines espèces de cerises ou de baies. Vin ferrugineux et préparations martiales solubles.

Brun. — Tabac, jus noir, noix fraîches, prunes.

Rouge brun. — Chocolat.

Jaune safran. — Laudanum, rhubarbe.

Rouge. — Quinquina rouge, ratanhia, framboises, cerises.

Quant aux colorations des caustiques, elles peuvent avoir un intérêt double : au point de vue de la thérapeutique immédiate à employer comme contre-poison ou antidote, si le malade est hors d'état de vous renseigner sur la nature du caustique ingéré, et aussi au point de vue médico-légal.

Gris-blanc. — Acide sulfurique, acide oxalique, acide phénique.

Jaune. — Acide nitrique (si l'action est superficielle), acide chromique.

Rouge. — Nitrate acide de mercure.

Gris gélatiniforme. — Potasse caustique.

Blanc ou Gris-perle. — Nitrate d'argent, sublimé corrosif.

II.

On donne généralement le nom de *plaques* à des surfaces légèrement proéminentes ; elles tranchent le plus souvent par leur coloration sur le reste de la muqueuse et à ce point de vue se rapprochent des taches. Leur existence soulève des problèmes de diagnostic quelquefois très délicats. Nous allons préciser les caractères de deux variétés importantes, l'une par sa fréquence, l'autre par ses conséquences possibles.

PLAQUES DES FUMEURS.

Vers la partie médiane et antérieure de la face dorsale de la langue, à droite ou à gauche, existe souvent une plaque légèrement proéminente, ovalaire, mesurant un centimètre de long sur un demi-centimètre de large. C'est le point où vient se poser le bout du tuyau de pipe et où vient s'étaler la fumée qui sort du cigare.

Cette tache peut être parfaitement lisse sans excoriation ; les papilles semblent avoir été seulement rasées à ce niveau. La coloration est dans le premier stade, rouge, livide. Plus tard elle devient blanc-jaunâtre ou brunâtre par la formation d'une mince croûte dont la chute laisse de nouveau à nu une surface rouge et lisse. Chez d'autres fumeurs on observe à la place de la tache rouge une tache blanc-bleuâtre ou nacrée, parfaitement lisse, à bords nettement délimités. Il se peut que ce soit l'indice d'un stade plus avancé dans la lésion ou bien le résultat d'un mode d'irritation plus lent.

Si la cause irritante, l'abus du tabac, persiste, la plaque s'étend progressivement à toute la face dorsale de la langue jusqu'aux papilles caliciformes du V lingual.

Le diagnostic de la plaque linguale des fumeurs est facilité par la *coexistence constante* de taches blanches opalescentes analogues situées *à la face interne des joues* sous forme de deux triangles dont les sommets sont dirigés vers les deux commissures.

Outre ces lieux d'élection chez les grands fumeurs invétérés et, quand à l'action du tabac, se joignent d'autres causes soit diathésiques, goutte,

rhumatisme, syphilis, soit locales, telles qu'une hygiène défectueuse de la bouche, on peut voir les taches se multiplier, et finir par envahir la plus grande partie de la muqueuse à la façon de cette affection qu'on a appelée improprement le psoriasis buccal.

Les plaques des fumeurs sont parfaitement indolentes, elles consistent en un épaississement progressif des couches profondes de l'épithélium et des couches superficielles du derme muqueux.

Le traitement consiste à supprimer l'usage du tabac ou à diminuer la quantité quotidienne en adoptant la manière la moins irritante de fumer ; à la pipe en terre à bout rugueux on substituera le bout d'ambre, le cigare est préférable à la pipe, et la cigarette au cigare, du moins en ce que l'irritation est moins localisée. Comme thérapeutique, attouchements avec l'acide chromique (0,30 à 0,60 pour 30 gr.), des solutions faibles d'acide tannique ou d'alun ; le miel boraté, les collutoires au chlorate de potasse. Quand l'affection est invétérée et tend à se généraliser, il faut insister pour que le malade cesse de fumer ; il est nécessaire de l'avertir que, malgré sa bénignité apparente et l'absence de tout phénomène douloureux, la glossite des fumeurs peut être une cause prédisposante de cancer.

Leucoplasie ou leukoplakie linguale.

Depuis quelques années, divers auteurs ont étudié et décrit sous les noms variés de *leucomes* (Hutchinson), *psoriasis buccal* (Debove), *ichthyosis* (Hulke), *keratosis*, *tylosis*, *plaques opalines*, *leukoplakie* ou *leucoplasie* une affection caractérisée par la formation sur une étendue variable de la langue, de la face interne des joues et des lèvres d'îlots d'un blanc bleuâtre.

Pour ce qui est de la langue, sa muqueuse au niveau de ces plaques est parfaitement lisse, les papilles ayant disparu ; la couche superficielle est transformée en une pellicule blanc-bleuâtre, opalescente, presque translucide en certains points de façon à laisser voir par transparence la couleur rouge de la langue, mais au début elle reste souple et mobile ; ses bords peuvent se terminer brusquement par un bord plus épais, jaunâtre et dentelé, ou bien l'épaississement est plus marqué au centre et les bords, tout en se terminant par une ligne frangée et dentelée, vont plutôt en s'amincissant.

Par-ci, par là on rencontre des crevasses peu profondes, peu douloureuses, dont le fond présente une coloration bleu foncé ou rouge ; on a comparé l'aspect de la muqueuse ainsi transformée à celui d'une couche de peinture qui se serait desséchée, puis craquelée.

A un degré plus avancé la transformation opaline de la muqueuse a envahi la plus grande partie de l'organe ; la muqueuse est moins souple et plus épaisse ; les bords en sont plus nettement dessinés.

En certains points la plaque leucomateuse semble avoir été enlevée à l'emporte-pièce et en ces points la langue est à vif, plus rouge que normalement, comme excoriée et douloureuse. C'est probablement par suite de poussées d'inflammation aiguë sur la langue anciennement malade que cette desquamation partielle se manifeste.

Quelques auteurs, par exemple Schwimmer et Baker, ont admis comme début de la leucoplakie buccale la formation de taches rouges, lisses, unies ; mais le plus grand nombre, et parmi eux Debove, Nedopil, Butlin, s'accordent pour reconnaître comme premier signe de l'affection l'apparition des plaques blanches ou bleuâtres.

Au point de vue des causes une grande obscurité règne. Si bon nombre de fumeurs ont de la leucoplakie buccale, qui semble n'être alors qu'un état plus accentué des plaques vulgaires des fumeurs, on la rencontre chez des individus qui n'ont jamais fumé. L'abus des liqueurs fortes, des mets épicés, des boissons chaudes, la présence de pièces prothétiques, invoqués comme causes d'irritation locale, manquent chez certains malades, tout aussi bien que la syphilis, la diathèse goutteuse ou rhumatismale et l'état dyspeptique, qui ont été cités comme influences prédisposantes générales.

Cependant je dois dire que, dans les cas assez nombreux que j'ai observés pendant mon internat aux consultations de l'hôpital Saint-Louis, j'ai toujours trouvé l'arthritisme et la dyspepsie isolés ou associés et le plus souvent l'artério-sclérose généralisée. L'usage du tabac ne manquait guère.

On a noté assez souvent la coexistence d'eczéma, plus rarement de psoriasis ou d'icthyose de la peau mais il est bien certain que la leukoplakie n'est pas une manifestation de ces dermatoses sur la muqueuse linguale.

C'est entre 20 et 60 ans qu'on observe la leucoplakie buccale, et très rarement chez la femme.

Les symptômes subjectifs au début sont nuls ; plus tard un peu de sécheresse de la langue et de cuisson au contact des substances irritantes ou un peu chaudes, une certaine obtusion du goût. Ce qui fait souffrir les malades, c'est l'existence de temps en temps de poussées inflammatoires, mais en temps ordinaire l'évolution leukoplakique se fait silencieusement.

La marche est variable, la guérison paraît exceptionnelle, quand la transformation leucoplasique atteint une certaine étendue ; l'état stationnaire peut être quelquefois indéfini ; dans d'autres cas l'extension graduelle se fait à la plus grande partie de la muqueuse linguale, buccale et gingivale.

Mais l'éventualité la plus digne de fixer l'attention est celle que les travaux les plus récents ont mise en lumière, *l'apparition d'un cancer* sur les surfaces leucoplasiques. On voit se produire dans ces cas une petite grosseur qui s'ulcère ou une petite perte de substance qui s'agrandit et dont les bords s'indurent. Ce n'est pas le plus souvent sur des leucomes irrités et douloureux que le cancer se développe ; histologiquement, c'est par la prolifération de traînées épithéliales, par l'apparition de noyaux dans les cellules de cet épithélium que le développement du cancer se manifeste.

Quant à la lésion de la leucoplasie, c'est une atrophie des papilles, avec arrêt de la circulation dans leurs vaisseaux, avec épaississement de la couche épidermique cornée, et infiltration du chorion par des leucocytes ; la coloration blanchâtre ou bleuâtre résulte du début des lésions dans le chorion sous-épidermique et de l'arrêt de la circulation dans les papilles atrophiées.

Comme traitement local Butlin recommande au début d'employer plusieurs fois par jour une solution avec 1 gr. ou 1 gr. 50 de bicarbonate de potasse pour 30 gr. d'eau. — S'il s'agit d'un ancien syphilitique, une solution faible d'acide chro-

mique (0,05 à 0,10 pour 30 gr. en collutoire ou bien 0,30 à 0,50 pour 30 en badigeonnage,) ou une solution faible de bicyanure de mercure (0,05 à 0,10 pour 30). Dans les cas plus avancés, fréquents badigeonnages avec une solution concentrée de bicarbonate de soude ou de borax, solution d'alun ou de chlorure de sodium (0,10 pour 30). Le miel boraté est préférable en cas de poussée aiguë avec excoriation douloureuse. — L'addition de cocaïne au collutoire boraté est tout indiquée. Il faut éviter l'emploi des caustiques, du nitrate d'argent, qui paraissent pouvoir augmenter le danger d'une modification cancéreuse.

La question de traiter par l'excision les taches leucoplasiques a été posée et résolue négativement d'une manière générale ; car, on substituerait à une lésion indolente une cicatrice dont la rétraction gênerait les mouvements de la langue, et on n'empêcherait pas l'extension du travail leucoplasique ou son apparition en d'autres points. Mais dans les leucomes anciens, circonscrits, « quand le tissu est induré, dit Butlin, qu'il existe des grosseurs ou des ulcères rebelles, et surtout quand il se fait nettement une induration de la base, on devra intervenir largement et sans délai. Il faut agir comme si on était en face d'un cancer au début, et de fait, ce sont là de véritables cancers. En agissant ainsi avec décision à la moindre menace, on sauvera la vie à de nombreux malades. »

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Honoraires médicaux. — Tarif non obligatoire pour les tribunaux. — Appréciation des services rendus. — Longue maladie. — Visites répétées. — Appréciation en bloc.

Ainsi jugé dans des circonstances que fait suffisamment connaître le jugement qui suit :

« Attendu que, dans le règlement provisoire de la contribution Peillon, ouverte devant le tribunal civil de Lyon, le 30 mai 1888, pour procéder à la répartition d'une somme de 2.687 fr. 93, provenant du cautionnement du sieur Peillon, en son vivant receveur municipal à Givors, le Dr Gamet a été colloqué en paiement de soins de dernière maladie pour une somme de 1,200 francs à titre privilégié ;

Attendu que le Dr Gamet a formé un contredit contre ledit règlement et demande à être colloqué pour la somme de 5.680 francs ;

Qu'il produit à l'appui de son contredit un compte basé sur un tarif qui serait usité parmi les médecins de la vallée du Rhône ;

Attendu que ce document ne saurait en aucune manière lier le tribunal qui doit faire application aux parties des principes du droit commun et fixer les honoraires dus à Gamet d'après les services rendus et la situation du malade ;

Attendu qu'il est évident que, lorsqu'un malade reste plusieurs mois dans un état assez grave pour justifier quelques visites par jour, il ne peut être question d'appliquer dans toute sa rigueur le tarif fixé pour le prix d'une visite dans l'hypothèse d'une visite isolée ou d'un nombre de visites restreint ; que les honoraires du médecin doivent alors être appréciés en bloc ;

Attendu qu'il résulte des renseignements fournis au tribunal que la somme réclamée est manifestement exagérée ; qu'elle s'élève presque au double de la valeur de la minime succession du défunt ;

Qu'en tenant compte de la pauvreté de ce dernier et du prix ordinaire des soins médicaux dans la ville où opérait le Dr Gamet, la somme de 1.200 fr. pour laquelle il a été colloqué dans le travail provisoire est suffisante et doit être maintenue ;

Par ces motifs,

Le tribunal,

Rejette comme mal fondé le contredit élevé par le Dr Gamet contre le règlement provisoire dressé par M. le Juge-Commissaire dans la contribution dont il s'agit, etc.

(*Moniteur judiciaire* du 29 mars.)

Femme de pharmacien condamnée pour exercice illégal de la pharmacie.

L'affaire suivante a été plaidée devant le tribunal de Corbeil.

M. Fort, pharmacien et médecin, était venu récemment s'établir à Draveil où il n'existait pas d'officine ; le médecin de cette localité avait le droit de fournir des médicaments à ses malades avant l'établissement de M. Fort ; mais, comme il continuait toujours cette vente, M. Fort s'adressa au parquet pour demander qu'il fût poursuivi ; le parquet resta sourd à cette demande, et le médecin intenta alors un procès à la femme de M. Fort, qui préparait et débitait des médicaments pendant que son mari allait visiter ses malades. Le Tribunal de Corbeil, par un jugement en date du 10 mai 1889, a déclaré qu'un pharmacien avait incontestablement le droit de prendre sa femme comme aide, mais que, dans l'espèce, M. Fort, à cause de ses absences prolongées, ne pouvait exercer sur sa femme une surveillance suffisante, et, en conséquence, il a condamné cette dernière à 500 francs d'amende et son mari à la même peine, comme complice. De plus, ils ont été condamnés à une amende de 16 francs pour l'inobservation de l'ordonnance de 1846 relative au débit des substances vénéneuses. Appel est interjeté de ce jugement.

Accusation de compérage entre un médecin et un pharmacien.

Affaire Lefèvre (de Bourges).

M. Lefèvre, pharmacien à Bourges, reçut un jour une ordonnance signée d'un médecin de cette ville ; cette ordonnance était conçue de manière à n'être compréhensible que du pharmacien chez lequel le médecin désirait que sa prescription fût exécutée. M. Lefèvre ayant refusé de restituer l'ordonnance au malade, il a été appelé devant le juge de paix par ce dernier, qui réclamait 1,000 francs d'indemnité pour le tort qui lui avait été causé. Cet individu n'a obtenu que 25 francs, et M. Lefèvre est menacé d'un procès que lui intenterait le médecin, sous prétexte que M. Lefèvre l'aurait diffamé en l'accusant de compérage. M. Lefèvre sera soutenu dans ce procès par le Syndicat des Pharmacions du Cher.

(*Répertoire de pharmacie*).

MÉDECINE LÉGALE

Des déclarations de naissance,

Par le professeur BROUARDEL.

Il arrive souvent que les médecins ont des difficultés avec la justice au sujet de déclarations de naissances. En effet, parmi les articles 55, 56 et 57 du Code civil, qui sont relatifs à cette question, l'article 56 fait une obligation aux docteurs, sages-femmes et officiers de santé ayant assisté à l'accouchement, de déclarer l'enfant, *à défaut du père*.

Mais le but du législateur a été de protéger la vie de l'enfant et son état dans la société. Or, si une femme non mariée, étant sur le point d'accoucher, sait que son déshonneur sera publié par le médecin à la mairie, elle sera bien tentée de commettre un avortement, un infanticide ou un suicide. Nous pouvons, au contraire, sauver la vie de son enfant et quelquefois d'elle-même, en lui donnant la certitude que nous garderons le silence sur son accouchement. Si bien que, dans ces conditions, nous irions à l'encontre de la pensée du législateur, en nous conformant strictement à la loi.

Il existe heureusement une échappatoire, c'est l'article 378 du Code pénal, nous forçant à garder le secret médical. Il y a quelques années, M. le Dr Berrut, se retranchant derrière cette obligation, porta à la mairie du VIIe arrondissement une enfant du sexe féminin, à laquelle il donnait les noms de Louise-Armande, en refusant de divulguer le nom et le domicile de sa mère. L'officier de l'état civil ayant refusé à son tour d'inscrire l'enfant, l'affaire fut portée devant le tribunal de la Seine et celui-ci, considérant que l'article 346 du Code pénal, relatif aux déclarations de naissance, ne vise que les articles 55 et 56 du Code civil, mais garde le silence sur l'article 57, qui obligerait le médecin à déclarer le nom de la mère et le lieu de naissance, décida qu'il fallait que le médecin affirmât que l'enfant était né dans la circonscription de la mairie, mais qu'on ne pouvait pas lui en demander davantage. Depuis cette jurisprudence s'est établie.

J'ai à intervenir, en moyenne, dix fois par an, auprès du procureur de la République, pour des médecins qui n'ont pas accompli les formalités légales au sujet des déclarations de naissances. Ces déclarations doivent être faites dans les trois jours qui suivent l'accouchement. Vous pouvez vous trouver en présence de diverses circonstances. D'abord, dans une famille que vous connaissez, vous vous contentez de rappeler au père qu'il doit passer à la mairie et vous n'avez pas à vous préoccuper davantage.

Mais il peut arriver que vous croyiez le père et la mère mariés, sans qu'ils le soient. Dans ces conditions, le père ne déclare pas son enfant, et, comme la recherche de la paternité est interdite, vous ne pouvez pas vous couvrir en la dénonçant. Dans le cas où vous aurez un doute, passez donc à la mairie deux ou trois jours après la naissance de l'enfant et assurez-vous que les formalités ont été remplies.

Un médecin a été condamné à 100 francs d'amende pour n'avoir pas déclaré un enfant et parce que le père n'avait pas assisté à l'accouchement. Le médecin, qui l'avait rencontré en sortant de l'opération, lui avait pourtant rappelé qu'il avait à passer à la mairie.

Il y a quelques années, au *Prado*, dans un bal public, une femme fut prise subitement des douleurs expulsives, et un médecin de l'île Saint-Louis, qui se trouvait là, fit l'accouchement. N'ayant pas pensé ensuite à faire la déclaration de cette naissance, il fut poursuivi et condamné.

A Agen, un docteur R..., appelé vers dix heures du matin pour voir une fille qui avait des attaques de nerfs, s'aperçoit que ces attaques doivent se terminer par un accouchement et donne l'adresse d'une sage-femme. Il repasse le soir et on lui présente le cadavre d'un enfant, sans qu'il puisse savoir s'il a vécu ou non ; il dit qu'on le fasse déclarer. Cette déclaration n'ayant pas été faite, il a été condamné à 200 francs d'amende.

Mais je crois que, si un cas semblable se présentait de nouveau, la solution ne serait plus la même. En effet, on ne pouvait pas dire qu'il n'y avait pas eu substitution d'enfant et que cette fille ait réellement accouché du cadavre qu'elle présentait.

La théorie admise contre le docteur R... est très grave. Une femme simule une grossesse pour se faire épouser. Quelques jours avant la date qu'elle avait fixée pour son accouchement, elle va voir un jeune médecin de son quartier. Celui-ci, un peu timoré, n'ose pas porter une main téméraire et déclare que tout paraît aller bien. Au bout de peu de jours, elle envoie chercher le docteur, trois ou quatre heures après le prétendu accouchement, et, cette fois encore, il ne fait aucune constatation sur la mère et va déclarer la naissance à la mairie. Bientôt après on apprend que l'enfant avait été pris à une autre femme. Ce n'est que parce qu'il a pu justifier de la façon dont on avait escroqué sa signature que ce jeune docteur n'a pas été poursuivi.

Actuellement, il y a de ce côté un véritable danger pour le médecin quand il n'a été témoin de rien.

On peut se trouver, dans certains cas, particulièrement embarrassé. A Angers, un docteur C..., ayant accouché une fille, avait déclaré la naissance en disant qu'il ne pouvait révéler ni l'adresse, ni le nom de la mère. Il était médecin des Enfants-Assistés : le lendemain, on lui présente un enfant portant des traces de strangulation, en lui demandant le nom de la femme qu'il avait accouchée la veille. Il s'est retranché derrière le secret professionnel et il a refusé de répondre. En définitive, après une première condamnation devant le tribunal, la cour d'Angers lui a donné raison.

Aussi, malgré la possibilité que vous avez de garder le silence, il faut vous exécuter toutes les fois que vous le pourrez, à cause des embarras que peut vous amener cette manière de faire.

Pour les enfants morts-nés, la jurisprudence est extrêmement compliquée. Un décret du 4 juillet 1806 dit à ce sujet :

« Lorsque le cadavre d'un enfant dont la naissance n'a pas été enregistrée sera présenté à l'officier de l'état civil, cet officier n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé, mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie, afin de ne pas préjuger la question de savoir s'il y a vie ou non. »

Mais il faut considérer trois périodes dans la vie utérine au point de vue de la jurisprudence. Le produit de la conception est un *embryon* jus-

qu'au quatrième mois ; c'est un *fœtus* pendant le cinquième et le sixième mois ; c'est ensuite un *mort-né* ou un *nouveau-né viable.*

Lorsqu'il s'agit d'un enfant mort-né, il faut absolument vous conformer au décret du 4 juillet 1806 et faire la déclaration, sans quoi l'article 358 du Code pénal vous serait appliqué. Les filles qui ne déclarent pas, sont condamnées en général à trois mois de prison, lorsque l'enfant n'a pas respiré, pour infraction aux lois sur l'inhumation. Un propriétaire avait une bonne qui, ayant accouché d'un enfant mort-né, l'avait enfoui dans le jardin. Le tribunal de Montélimar condamna la fille à trois mois de prison, le maître à deux mois, et l'officier de santé qui avait fait l'accouchement à deux mois de prison et à 300 francs d'amende.

Passons maintenant aux fœtus. Ici, il est beaucoup plus difficile de connaître la jurisprudence exacte. Vous savez que les fœtus peuvent avoir des mouvements et que leur cœur bat quelquefois pendant plusieurs heures. Bien plus, il est arrivé à un médecin portant à la mairie, dans un petit panier, un petit produit de ce genre, de l'entendre crier tout d'un coup devant l'officier de l'état civil.

Ainsi, un arrêt de la cour de Paris du 15 juillet 1865, déclarait qu'il fallait présenter « tous les enfants morts, à quelque époque de la gestation qu'ils soient parvenus, pourvu qu'ils aient les formes d'un être humain ».

Au contraire, la Cour de cassation, dans un arrêt du 7 août 1874, alléguait en des termes un peu singuliers « qu'une telle représentation sans utilité pour l'intérêt social pourrait, dans certains cas *blesser la pudeur publique.* ».

Ce mot avait été provoqué par une circulaire où on se plaignait du grand nombre de fœtus qui flanent dans les égouts et dans les boîtes à ordures. Après plusieurs hésitations, le préfet de la Seine prit, en 1882, un arrêté d'après lequel tous les fœtus ou embryons devaient être déclarés, pourvu qu'ils aient six semaines. Il fut décidé en même temps que des voitures spéciales des pompes funèbres iraient dans la journée les prendre à domicile et qu'ils seraient enterrés au cimetière sans cérémonie.

Cette circulaire de M. Floquet a provoqué, au sein de quelques sociétés médicales, un profond étonnement. Le préfet donnait extension au code ! Cette interprétation est fausse, puisque les tribunaux ne jugent pas d'après le préfet. Ceux qui ne se conforment pas à son règlement sont condamnés en simple police à 1 franc d'amende.

Ce qui manque encore dans cette organisation, ce sont de petites boîtes qui recevraient dans chaque mairie les fœtus qu'on y va présenter.

Je dois ajouter que la population de Paris n'a pas été du tout émue par les scrupules des médecins. En 1886, sept cents fœtus environ ont été inhumés et il en résulte qu'à la Morgue nous en recevrons cinq fois moins qu'autrefois.

Remarquez, d'ailleurs, que la circulaire de M. Floquet ne vaut que pour le département de la Seine.

Je termine par une recommandation.

Certains étudiants aiment à collectionner des fœtus ; de toutes les collections, c'est la plus dangereuse. En effet, lorsque vous vous mariez, ne voulant pas apporter un pareil cadeau de noces à votre femme, vous jetez ces pièces dans les fosses d'aisances, et le jour où elles seront trouvées par les employés de la Compagnie Richer, vous ne pourrez peut-être pas établir que vous n'avez pas violé les lois sur l'inhumation.

C'est ce qui est arrivé, il y a deux ans, à un ancien interne, au moment où il était en pourparlers matrimoniaux. Jamais le mariage n'a pu être renoué et il a fallu avoir affaire à un juge d'instruction très parisien pour que l'incident n'ait pas de suites.

(*Gazette des hôpitaux.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Guérison d'une hydrocèle par injection d'alcool sans réaction inflammatoire.

Le sieur Désiré L..., âgé de 56 ans, cultivateur, est atteint depuis plus de 2 ans, d'une hydrocèle vaginale simple ne contenant pas moins d'un litre de liquide. Pouvant à peine marcher et travailler aux champs, il désire se faire opérer, mais n'a pas le temps de rester couché et ne veut pas attendre après la moisson. Considérant que la ponction suivie de l'injection iodée-iodurée, même précédée d'une injection de cocaïne, le tiendrait au moins de huit à dix jours au lit, et qu'il n'est pas possible de soumettre le sieur Désiré L... à ce traitement, je me décide à tenter une injection d'alcool.

Le 11 mai je fis une ponction avec la seringue de Pravaz ; je retirai environ vingt grammes de liquide et j'injectai six grammes d'alcool à 92°, recommandant au malade le repos pendant 24 heures. Le 12 mai le scrotum a l'aspect fané, nullement douloureux, pas de fièvre. Le 15 mai le scrotum est diminué de plus de moitié et le 19 mai il n'y a plus de traces d'hydrocèle. Opéré le 11 mai à cinq heures du soir, le malade reprend ses travaux des champs le 13 au matin, n'éprouve aucune douleur et n'accuse qu'une légère sensation de chaleur dans le scrotum, qui, dit-il, est plutôt agréable que douloureuse. Le 19 mai la guérison paraît complète et le 31 mai, vingt jours après l'opération, rien n'annonce qu'on pourrait craindre une récidive. Le 7 juin, l'état était des plus satisfaisants.

J'engage mes confrères à faire l'essai de cette méthode, qui n'est pas nouvelle, persuadé qu'ils en seront satisfaits ainsi que leurs clients.

A. Richard, agrégé jadis de la Faculté de Paris, et Dupieris, de la Havane, ont injecté quelques grammes d'alcool dans la tunique vaginale ; aucun auteur ne dit la quantité ni le degré de l'alcool employé, ni s'ils ont laissé le liquide que contenait la tunique vaginale.

Les kystes simples de l'ovaire ressemblent beaucoup à l'hydrocèle, et un grand nombre d'entre eux guériraient probablement par une ou plusieurs injections d'alcool. Je ne sais si déjà l'essai en a été fait ; pour mon compte, je n'hésiterai pas à la première occasion à le faire, vu l'innocuité du procédé.

Dr E. PRUVOST.

Albuminurie. — Attaques épileptiformes.

Le nommé B..., 21 ans, cultivateur, était venu me consulter dans le courant du mois de février 1887, pour un gonflement assez considérable des

paupières. Il avait guéri rapidement et avait pu reprendre ses occupations.

Le 2 mars, dans la matinée, il ressent tout à coup un malaise général et un violent mal de tête.

A midi, il va dans son jardin, où on le trouve quelques instants après étendu à terre et privé de connaissance. Transporté sur son lit, il revient à lui, ne se souvient pas de ce qui s'est passé, ne se rend pas compte de l'endroit où il se trouve et finit par s'assoupir.

A 3 heures, il pousse un cri et a des convulsions cloniques avec rougeur et pâleur alternatives du visage. Ses lèvres sont recouvertes d'écume. Il tombe bientôt dans un sommeil comateux.

Je le vois dans la soirée. Il est dans un état de somnolence très prononcé, répond lentement et d'une manière évasive et prétend qu'il ne voit rien de ce qui l'entoure. Cependant, les pupilles sont dilatées et d'égale grandeur. La sensibilité est intacte. Pas de contractures ni de phénomènes paraplégiques. La langue ne porte aucune trace de morsures. Pouls plein et fréquent. Température 37°8.

A ce moment il a deux ou trois vomissements glaireux mêlés de débris alimentaires, sans odeur caractéristique.

Vers 11 heures du soir, il s'agite tout à coup, pousse quelques faibles cris et retombe dans le coma. Des sinapismes appliqués aux membres inférieurs le tirent de cet état et à minuit il semble reposer tranquillement.

Le 3 au matin, la torpeur et la somnolence sont les mêmes. Température 38°2.

Vingt grammes d'eau-de-vie allemande et un lavement purgatif restant sans effet, on met dans la soirée quinze sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le 4, le malade est un peu mieux. Il a eu une nuit calme. Il paraît sortir de sa torpeur, répond assez bien aux questions qu'on lui adresse, mais ne distingue aucun objet. La perte de la vision tient vraisemblablement à des taches grisâtres, irrégulières qui siègent au voisinage de la pupille et sont très apparentes à l'œil nu. L'apparition soudaine de ces taches et les divers phénomènes déjà observés m'amènent à examiner l'urine qui, traitée par la chaleur, donne un léger précipité floconneux qui devient très abondant par l'addition de quelques gouttes d'acide azotique. Température 38°1.

Lavement purgatif, sinapismes aux membres inférieurs.

Le 5, une amélioration notable s'est produite. La torpeur n'existe plus, la cécité a disparu. Le malade voit assez distinctement les objets qu'on lui présente. On ne trouve plus dans les yeux les taches grisâtres de la veille et l'urine ne donne de précipité ni avec l'acide nitrique, ni avec la chaleur. Température 36° 8.

Le 6, le malade n'accuse qu'un peu de faiblesse. Rien d'anormal dans la vision. Pas d'albumine dans l'urine.

Le 14, B... dont l'état général est d'ailleurs satisfaisant, se plaint de quelques troubles visuels. De temps à autre, il croit voir des reptiles, des signes qu'il ne comprend pas ou des figures bizarres. L'examen des yeux et de l'urine ne révèle cependant rien de particulier.

Le 20, constriction vive au niveau du larynx et signes de bronchite. Urine normale.

Ce qui s'est passé naguère et qu'il était impossible de méconnaître pour une attaque d'urémie me faisant craindre de nouveaux accidents, je mets le malade au régime lacté. Malgré mes prévisions, la bronchite eut une marche très régulière et dura une quinzaine de jours sans qu'aucun autre phénomène morbide se produisît.

Depuis cette époque, j'ai perdu ce malade de vue.

Dr LOUPIAC.

Plaie de la jambe. Expulsion de corps étrangers deux mois après la blessure. Greffes avec la peau de poulet.

Louise X.., 9 ans, était montée, le 20 juin 1887, sur une échelle accrochée à l'arrière d'une charrette ; elle perdit l'équilibre et fut traînée durant quelques secondes sur un terrain caillouteux, le pied droit pris entre deux échelons.

Lorsqu'on la releva on constata, outre diverses contusions sans gravité, une plaie située à la partie inférieure et externe de la jambe droite, allant de deux centimètres au-dessous à dix centimètres au-dessus de la malléole, sur une largeur de cinq centimètres environ.

A ce niveau les parties molles lacérées et désorganisées étaient couvertes de débris de bois, de terre et de graviers ; la malléole était à nu et le sang s'écoulait des tissus lésés en assez grande abondance.

Pas d'exploration à cause de l'hémorrhagie ; pansement phéniqué.

Le lendemain et les cinq ou six jours suivants, la réaction fut peu vive, l'hémorrhagie avait cessé dès la première nuit ; six graviers ou débris osseux avaient été successivement enlevés. La malade supportait assez facilement l'immobilisation dans une gouttière avec des applications antiseptiques et une légère compression.

Huit jours après l'accident, il se manifesta d'abord un peu d'insomnie qui céda à l'emploi du sirop de chloral, puis un léger mouvement fébrile que fit cesser une faible dose de sulfate de quinine.

Vers le quinzième jour, une démangeaison excessivement vive se déclara à la plante du pied et à la région malléolaire interne, qui devint très douloureuse, rouge et tuméfiée. Finalement, en arrière et en haut de la malléole, se forma un abcès qui fut ouvert et se transforma en trajet fistuleux. Celui-ci, long de cinq à six centimètres, se dirigeait presque transversalement de dedans en dehors. Il en sortit jusqu'au mois d'août un liquide tantôt sanieux, tantôt séreux et filant.

La plaie primitive cependant s'améliorait ; la perte de substance se comblait peu à peu, et, pour activer la réparation, des greffes étaient faites les 8, 14 et 17 août avec de la peau de poulet.

Les lambeaux cutanés d'un centimètre carré pris sous l'aile d'un jeune poulet furent mis sur la plaie sans être dépourvus de leur tissu cellulaire et sans subir la moindre préparation. Une pincée d'iodoforme, un carré de taffetas gommé et un linge fenêtré enduit de vaseline iodoformée complétaient le pansement.

Après trois ou quatre jours, la couche épidermique des lambeaux disparaissait et les îlots cicatriciels ne tardaient pas à se dessiner et à s'agrandir. La réparation périphérique sembla dès lors marcher plus rapidement.

Deux mois après la blessure et pendant qu'é-

taient pratiquées les greffes zooplastiques, quatre petits cailloux furent retirés en deux séances du trajet fistuleux, dans lequel des explorations répétées avaient permis de constater la présence d'un corps étranger qui avait été pris pour un fragment d'os nécrosé.

Aussitôt après l'expulsion des cailloux la démangeaison qui avait persisté aussi intolérable et aussi vive, surtout pendant la nuit, et avait rendu la malade très exigeante, se calma presque subitement et cessa à la fin d'août.

Le trajet, contre lequel furent employées des injections antiseptiques et irritantes, persista davantage, mais se combla dans le courant de septembre.

Quant à la plaie de la région externe, elle s'était recouverte d'une cicatrice qui semblait assez consistante, lorsqu'elle se rouvrit en partie sous l'influence de frottements répétés. Ce ne fut que dans le mois de novembre, avec un traitement local varié et grâce surtout à une médication appropriée au tempérament lymphatique de l'enfant, que la peau fut définitivement reconstituée.

Dr Loupiac.

VARIÉTÉS

Déballage d'un marchand de santé.

Haute-Loire, le 8 decembre 1837.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que nouvellement arrivé à T...., dans la maison R..., chemin de B..., autrefois occupée par M. le Dr...., je viens y installer un cabinet pour visites et consultations médicales et chirurgicales.

Depuis plus de dix années déjà je pratique l'art médical. Habitué à soigner les maladies spéciales à nos climats, je puis offrir à des prix modérés les avantages d'une médication bien étudiée et au courant des procédés les plus perfectionnés.

Pour obtenir de bons résultats, je me base non seulement sur mes études et mon expérience, mais encore sur les travaux particuliers, et les formules spéciales à moi laissées par mon défunt père le docteur ..... qui, pendant plus de trente-cinq années, a pratiqué avec honneur et succès la médecine, la pharmacie et la chirurgie.

Ainsi que je viens de le faire à Lyon, je m'occuperai d'analyses chimiques, soit pour rechercher les produits caractéristiques des maladies, soit pour étudier les produits alimentaires, souvent falsifiés ou altérés et spécialement, pour faire l'analyse complète de chaque échantillon de vin qui me sera soumis.

Une étude sérieuse de l'orthopédie me permet de mettre à la disposition de mes malades des ceintures-bandages, ou tous autres appareils préparés chacun suivant mes indications et portant mon nom. Ils sont indispensables pour les cas de hernies, affaiblissement ou déplacement des organes, etc., etc..

Une longue pratique de l'Electricité statique ou dynamique appliquée aux cas de faiblesse de constitution, de maladies nerveuses, rhumatismales ou paralytiques, me permet, grâce à de bons appareils, de doter ma clientèle d'un mode de traitement tout nouveau, très efficace, et jamais douloureux.

Ancien médecin des armées à Paris, je suis, par ce motif, particulièrement à même de donner dans la forme voulue, soit aux futurs soldats, soit aux militaires incorporés, des indications exactes touchant leur position prise ou à prendre, et, en général, tous conseils ou certificats de droit, pour les cas de Médecine légale appliquée au Service de Santé Militaire.

Pour me conformer aux derniers désirs exprimés par mon regretté père, et dans l'intérêt général de mon pays, je fonde à mon domicile de T..., à partir du 1er juillet 1888, un Dispensaire ou cabinet de consultations absolument gratuites ouvert à tous les indigents, que toute personne notable de moi connue, voudra bien me recommander.

Le Dispensaire aura lieu :

Les dimanches de neuf heures à onze heures du matin pour les indigents résidant dans la commune de T...,

Tous les mardis de neuf à 10 1/2 heures du matin pour les indigents domiciliés dans les autres communes.

Mon état de santé me rend très pénibles les voyages de nuit. Je prie instamment les clients qui désireront m'appeler chez eux de me prévenir la veille ou dès le matin.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments bien dévoués.

Docteur .....

médecin de la Faculté de Paris.

On peut voir que le *déballage* est complet. Les charlatans de la foire ne sont pas plus explicites.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès d'hygiène et de démographie du 4 au 11 août.

Communications annoncées.

Dr Pamard : Sur quelques *desiderata* de la loi Roussel au point de vue de l'hygiène. *Dr Ed. Jenot* : Sur l'inspection médicale des services de l'enfance. *Dr Jablonski* : Mesures prophylactiques à prendre dans les lycées et autres établissements scolaires contre la tuberculose, la suette, etc. *M. G. Bonjean* : Sur la protection de l'enfance. *Dr Galezowski* : De la nécessité de vulgariser une méthode rationnelle de traitement dans l'ophthalmie des nouveau-nés. *Dr Delvaille*: Sur divers points de l'hygiène de l'écolier. *P. Fleury* : Modifications à apporter à la loi Roussel. Calcul de la mortalité par âge des enfants en bas âge. *Dr Dumoulin* (de Gand) : L'Œuvre de l'enfance ; création d'une caisse permettant de secourir efficacement les familles nécessiteuses surchargées d'enfants. *Dr Motais* : De la myopie scolaire dans le centre de la France. *Dr Drysdale* (de Londres) : Influence de la trop forte natalité des classes pauvres en Europe sur la durée de la vie. *Dr Zavitziano* (de Constantinople) : Sur les enfants trouvés à Constantinople. *Dr Blache* : Protection et hygiène du premier âge,

Dr Deshayes : La Société rouennaise des maisons à bon marché. *M. Michel Perret* : Un petit hôpital de province. *M. Guichard* : Fours destinés à l'incinération rapide des ordures ménagères. *Dr Mauriac* : Logements insalubres à Bordeaux. *M. Léon Faucher* : Epuration des eaux résiduaires industrielles. *M. Tollet* : Sur la construction des hôpitaux. *M. Fischer*: Assainissement des eaux insalubres avant leur projection dans les égouts. *M. Fischer* : Obligation de la coagulation du sang dans les abattoirs. *M. Bévière* : Modèle de petit abattoir pour les communes des départements. *Dr Henrot* : De l'assainissement de la ville de Reims. M.

Emile Cacheux: Rapport sur les habitations ouvrières exposées en 1889. *Dr Martin* (André) : Diverses questions relatives à la disposition des habitations privées et des constructions rurales. *M. Mariano Belmas* (de Madrid) : Récents travaux faits en Espagne pour la propagation de l'hygiène urbaine. *MM. Ch. Desouche et Bruyer* : Procédé et appareil de chauffage hygiénique des voitures de toutes sortes. *M. Vidal* : Du service des eaux alimentaires dans les campagnes. *M. Deligny* : Alimentation en eaux des villes. De l'abonnement obligatoire aux eaux des villes. *Dr Pacchiotti* (de Turin) : Note sur les avantages du système du tout à l'égout et les graves inconvénients du système de séparation des eaux de pluies (*separate system*). *Dr Drysdale* (de Londres) : Utilisation des eaux des égouts sur les terres au point de vue de l'hygiène.

Dr Layet : De la propagation des maladies transmissibles par leur élaboration préalable dans un milieu adéquat. *Dr Petresco* (de Bucharest) : Les maladies épidémiques et contagieuses dans l'armée roumaine. *Dr Sicard* : Recherches bactériologiques sur la variole avec application à l'hygiène. *Dr Laugier* : Note sur les maladies aiguës et épidermiques observées à la Maison de Nanterre. *Dr Desprez* (de Saint-Quentin) : Applications diverses du chloroforme aux maladies épidémiques et contagieuses et en particulier au choléra. *Dr Corradi* (de Pavie) : Regard rétrospectif sur les mesures prophylactiques contre la diffusion de la phtisie pulmonaire. *Dr Hauser* (de Madrid) : De la diphtérie à Madrid. *Dr Lardier* : Prophylaxie des maladies épidémiques. *Dr Sandras* : Goudronnage antiseptique de l'appareil respiratoire. Ses effets préservatifs et curatifs. *Dr Brémond* fils : Influence du traitement térébenthiné sur l'anémie humaine. *Dr Charpentier* (de Londres) : L'action du sol sur les germes pathogènes prouvée par l'expérience et l'observation à la ferme d'irrigation de Beddington. *Dr Challan de Belval* : Simple fait d'étiologie de fièvre typhoïde.

M. de Gasté : Avantage pour l'hygiène de l'observation du repos du dimanche. *Dr Dargelos* : Assainissement de la chapellerie par un nouveau procédé de sécrétage supprimant l'emploi du mercure et empêchant l'intoxication par les vapeurs nitreuses. *Dr Motais* : Des lésions oculaires des typographes et des couturières. *M. Maignen* : Clarification des eaux industrielles par le filtrage.

Dr Layet : De l'organisation administrative des services de vaccination animale et des principes qui doivent présider à leur fonctionnement. *Dr Lesaigne* : Urgence d'une réforme complète des services de la vaccine, nécessité de la rendre obligatoire en France. Dr. Alcide *Treille* : Hygiène du colon et du soldat en Algérie. *Dr Séné* : Des médecins sanitaires embarqués. *M. Fleury* : Réorganisation des services d'assistance et d'hygiène. *Dr Vignard* : De la publicité des actes des administrations sanitaires. *Dr Desprez* (de Saint-Quentin) : De l'assainissement des ports. *Dr Motais* : Un point important de la réorganisation de la législation sanitaire. *M. Simon* : Cardage et épuration de la literie souillée par les maladies contagieuses. Réglementation administrative.

M. Prangey : Épuration des alcools d'industrie. Quelques moyens de reconnaître leur état de pureté. *Dr Petresco* (de Bucharest) : Les eaux potables à Bucharest. *Dr Delacour* : Note sur les eaux potables de Constantinople. *M. Charlier* : Sur la castration des vaches considérée sous le rapport de la production du lait et de la viande de boucherie. *M. Dutrois* (de Bruxelles) : Falsifications. *Dr Van Hamel* Roos (Amsterdam) : Le contrôle des vivres. *Dr Vidal* : Falsification des denrées alimentaires. *M. Maignen* : Sur le filtrage des eaux potables.

M. Villard (Th.) : De l'introduction de la statistique dans les programmes d'enseignement. *Dr Mauriac* : Sur la statistique sanitaire. *Dr Hamelin* : Sur les moyens pratiques d'établir une statistique des causes de décès dans les villes non pourvues d'un bureau d'hygiène. *Dr Longuet* : Communications diverses relatives à l'état sanitaire de l'armée pendant les dix dernières années (1877-1888). *Dr Ortiz* : De la démographie bolivienne. *Dr Drysdale* (de Londres) : De la statistique des causes de décès dans la ville de Londres. *M. Guichard* : Sur un appareil crématoire. *M. Salomon* : Rapport sur l'état de la crémation en France.

Nota. — Les adhésions doivent être adressées dans le plus court délai à M. le Dr Napias, secrétaire général, et la cotisation de 20 francs à M. le Dr Thévenot, trésorier, aux bureaux du Congrès, 28, rue Serpente (hôtel des Sociétés savantes), Paris.

Écrire lisiblement : nom, adresse, profession, qualités ; et indiquer si on se propose de faire une communication et quel en sera le titre.

Nous lisons dans *la Gazette médicale de Paris* :

SOCIÉTÉ DE L'OISE. — Vœu tendant à ce qu'on fasse le plus tôt possible une étude approfondie des voies et moyens qui permettraient de délivrer aux membres de l'Association une indemnité en cas de maladie (pris en considération).

A ce vœu, nous devons joindre le suivant, émané de la Société locale des Alpes-Maritimes, et dont le délégué de cette Société, M. Jeannel, a simplement ajourné la proposition :

« A l'avenir, les pensions viagères seront attribuées :

« 1° Aux médecins infirmes ou malades présentés par les Sociétés locales, selon l'art. 2 du règlement de la *Caisse des pensions viagères d'assistance* en date du 21 avril 1873 ;

« 2° Aux médecins les plus âgés, membres de l'Association depuis plus de quinze ans. »

« Le second paragraphe de ce vœu, ajoute M. Jeannel, introduit dans une certaine mesure le droit acquis par l'âge pour l'allocation des pensions viagères, qui prendraient alors le caractère de véritables *pensions de retraite*. »

Malgré l'ajournement de la présentation de ce vœu, il est bon de songer dès à présent à l'importante question qu'il soulève et dont M. Jeannel, cela va sans dire, se réserve d'indiquer la solution pratique.

L'expression de ces vœux met à jour, en définitive, non seulement les besoins et les aspirations du corps médical, mais encore la vitalité et l'activité des Sociétés locales, c'est-à-dire de l'Association. En appuyant la prise en considération et en soumettant à une étude approfondie toutes celles de ces propositions qui sont réellement d'un intérêt majeur et d'une solution possible, le Conseil général témoigne des sentiments d'impartialité et de l'esprit libéral qui l'animent. Ainsi se trouve garantie l'union entre tous les membres de l'Association, union indispensable aux progrès de l'œuvre. Et, à cette occasion, on nous permettra de féliciter les promoteurs du Congrès médical professionnel qui devait se tenir à Paris dans le courant de l'été, d'avoir renoncé à leur projet. Certes, nous savons pertinemment que ce Congrès n'avait rien d'hostile à l'Association, mais il avait pour but d'exercer une pression sur ceux qui la dirigent. Eh bien, cette pression, après la prise en considération du vœu relatif à l'indemnité de maladie, a été reconnue inutile et, donnant l'exemple de l'union et de la discipline, la Commission organisatrice du Congrès professionnel a suspendu ses travaux. En cimentant ainsi l'accord entre les membres de l'Association, la dernière Assemblée générale n'aura pas été des moins fécondes.

(*Gazette Médicale de Paris.*)

Hôpital Bichat. — Le Conseil Municipal de Paris a voté un crédit de 30.000 fr. pour travaux d'agrandissement du service d'ovariotomie à l'hôpital Bichat.

Les femmes docteurs en Angleterre. — L'École de Médecine des femmes se trouve à Haëndel Street et compte 18 professeurs dont 4 du sexe féminin. Les étudiantes doivent avoir 18 ans révolus. Leur nombre en 1888 a été de 91 et 35 d'entre elles se préparent à passer les examens de l'Université de Londres ; 5 se présenteront à l'Université royale d'Islande et 45 aux Collèges Islandais et écossais ou à la Société des apothicaires de Londres. De tous les pays du monde l'Angleterre est peut-être celui où la femme docteur a le plus de raison d'être, surtout si l'on considère qu'aux Indes se trouve une population de quarante millions de femmes auxquelles la visite d'un médecin est absolument interdite (d'après une lettre à la *Semaine médicale*).

La Chambre des députés, sur la proposition de M. le docteur Javal, a voulu donner un *encouragement à la multiplication de la nation française*. Au cours de la discussion de la loi des finances pour 1890, elle a adopté la proposition suivante : « Les pères ou mères de sept enfants seront exempts du paiement des contributions personnelle et mobilière. » Cet encouragement sera-t-il bien efficace ?

La *Société française d'Ophtalmologie* se réunira cette année à Paris, le 8 août et les jours suivants.

Les membres du Comité, en portant cette date à la connaissance de tous les Ophtalmologistes, seraient heureux de les voir assister aux séances de la Société, et prendre part à ses travaux.

Les Membres du Comité : Dr Panas, Président, Dr Abadie, Dr Chibret, Dr Coppez, Dr Gayet, Dr Meyer, Dr Parent, Secrétaire.

Concours du Clinicat. — Les candidats admissibles sont MM. Boissard, *Lepage*, Potocki et Tessier.

M. *Clément*, médecin des hôpitaux, a été désigné pour la chaire de clinique des *maladies des enfants*.

A Dinan, 122 soldats de la garnison sont actuellement atteints de fièvre typhoïde.

A l'occasion de l'inauguration de la nouvelle Sorbonne, le 5 août, l'Association générale des étudiants a adressé des invitations à toutes les universités ; elles vont envoyer des délégations pour assister aux fêtes.

Parmi les distinctions honorifiques attribuées aux médecins, à l'occasion du 14 juillet, nous relevons les suivantes obtenues par des membres du Concours :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Delvailles, à Bayonne ; Cruard, à Allichy. — Officiers d'Académie : MM. les docteurs Aubin à Toulon ; Boutet, à Orgerus ; Calmon, à Céret ; Caussade, à Saint-Médard-de-Guizières ; Coliez, à Longwy ; Gascon, à Redon ; Lebrun, à Bar-sur-Aube ; Montel, à Briatexte ; Mora, à Brunehamel ; Pasdeloup, à Marolles-les-Braux ; Richard, à Lille ; Ségard, médecin principal de la marine ; Sutils, à Chapelle-la-Reine.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Leçons sur les maladies du système nerveux, par le Dr F. RAYMOND .... 10 fr.

Syphilis et paralysie générale, par MM. A. MOREL-LAVALLEE et L. BELLIERES, avec une préface du professeur FOURNIER .... 3 fr.

Les plantes médicinales, indigènes et exotiques, leurs usages thérapeutiques, pharmaceutiques et industriels, par MM. DUJARDIN-BEAUMETZ et E. EGASSE, 1034 figures et planches. Prix broché : 25 fr. Cartonné toile, tête dorée.

Contes Russes, traduits par XAVIER MARMIER, de l'Académie Française .... 3 fr.

Les Mémoires des Autres, par JULES SIMON .... 3 fr.

Du Coryza chez les enfants du premier âge, par le Dr E. BOUTRON, ouvrage couronné par la Société protectrice de l'Enfance de Paris. In-8° de 100 pages. Paris, 1889 .... 2 fr.

Des Lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement *par le curettage de l'utérus*, par le Dr F. CANTIN. Grand in-8° de 100 pages. Paris 1889 .... 2 fr.

Le chimaphila umbellata (herbe à pisser). Son action diurétique, par le Dr F.-J. ABET. Grand in-8° de 50 pages, Paris 1889 .... 2 fr.

Recherche des lois qui président à la création des sexes, par le Dr A. CLEISZ. Grand in-8° de 82 pages, Paris, 1889 .... 2 fr.

L'atelier de l'amateur, par M. FLEURY-HERMAGIS, ingénieur-opticien, in-18 de 70 pages, avec figures dans le texte. Prix .... 1 fr.

Congrès pour l'Etude de la tuberculose chez l'homme et chez les *animaux*. Comptes-rendus et mémoires de M. le Dr L. H. PETIT .... 15 fr.

Du classement des établissements hospitaliers, par le Dr G. DROINEAU .... 2 fr.

Des Hallucinations de l'ouïe, par le Dr G. DESCOURTIS (mémoire) .... 2 fr.

Essai sur la mécanique de la coque oculaire, par le Dr L. JAYS .... 3 fr.

Traité de petite chirurgie gynécologique, par PAUL J. MUNDÉ .... 15 fr.

Principes d'assainissement des habitations, des villes et de la banlieue, par P. PIGNANV .... 25 fr.

Traité élémentaire de Botanique, par J. HERAIL .... 15 fr.

Les accouchements à la cour, par G.-J. WITKOWSKI .... 10 fr.

Contribution à l'étude de la Folie chez les Vieillards, par le Dr L. THIVET .... 4 fr.

Encyclopédie d'Hygiène et de Médecine publique, directeur M. JULES ROCHARD, chaque fascicule .... 3 fr.

Manuel d'ophthalmologie, guide pratique à l'usage des étudiants et des médecins, par les Drs L. DE WECKER et MASSELON .... 20 fr.

Manuel des travaux pratiques d'Histologie, histologie des éléments des tissus, des systèmes, des organes, par le Dr CH. REMY .... 7 fr.

L'année médicale (11e année) 1888, résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr BOURNEVILLE. Un volume in-18° .... 4 fr.

Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste, par PAUL DUBOIS. 6 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Cas singulier de claustrophobie.

Notre distingué confrère de Royat, *Puy-le-Blanc*, a publié dans le *Poitou médical* une curieuse observation de claustrophobie.

Le malade âgé de 38 ans, arthritique, dyspeptique, névropathe, ancien masturbateur dans sa jeunesse, éprouvait l'impossibilité de voyager *seul* dans un compartiment de chemin de fer sans être pris d'une sorte de vertige impulsif consistant en une envie irrésistible d'ouvrir la portière et de descendre du train en marche. Il était obligé de se cramponner à la banquette pour résister à cette impulsion dangereuse.

Notre confrère, ayant passé en revue les divers genres de vertiges auxquels on eût pu songer, a rattaché avec raison les sensations éprouvées par son client à ces troubles nerveux dont l'agoraphobie et la claustrophobie sont des formes équivalentes.

La localisation de l'arsenic dans les os.

A propos de la communication récente de M. Brouardel sur l'intoxication arsenicale, M. Balland a fait lire à l'Académie une note de laquelle il résulte que dès 1863, M. *Roussin* avait signalé la localisation de l'arsenic dans les os, sa substitution au phosphore et la lenteur de son élimination. Quand on a soumis un lapin à un régime arsenical pendant assez longtemps, on trouve encore de faibles traces d'arsenic dans ses os cinq mois après la suppression de toute alimentation arsenicale ; alors qu'il n'y a plus trace d'arsenic dans le tissu musculaire. En somme, l'arsenic se dépose très lentement dans le tissu osseux à l'état d'arséniate calcaire en se substituant au phosphate de même base et s'élimine non moins lentement.

M. *Brouardel* rappelle ce qu'autrefois on admettait : à la suite d'un *empoisonnement par l'arsenic*, toute trace de poison devait avoir disparu du corps au bout de deux à trois semaines ; aujourd'hui tout le monde s'accorde à reconnaître qu'au bout de cinq à six semaines il peut rester assez d'arsenic dans les os pour permettre d'affirmer l'intoxication. L'importance médico-légale de ce fait n'échappera à personne. Ce n'est pas dans tous les os indistinctement, mais principalement dans les os spongieux qu'on retrouve l'arsenic.

M. *Gautier* estime qu'avant de conclure que l'arsenic qui se trouve dans les os y tient la place du phosphore, il faudrait avoir retiré des os l'arséniate tribasique de chaux, ce qui n'a pas encore été fait.

Ictères infectieux bénins et maladie de Weil.

La question des ictères infectieux est une de celles qui préoccupent à bon droit les pathologistes contemporains. On a fait grand bruit en Allemagne d'une variété d'ictère infectieux décrite par Weil. M. *A. Chauffard*, si compétent en pathologie hépatique, a fait une intéressante clinique sur ce sujet à l'hôpital Broussais à propos d'un malade de son service, un boucher, buvant habituellement de l'eau de Seine non filtrée, qui entra à l'hôpital avec un état typhique très accentué, de l'herpès labial, eut ensuite un ictère avec polycholie et guérit en 20 jours.

Malgré la gravité de la situation, M. Chauffard avait porté un pronostic favorable parce que l'abondance des urines, leur richesse en urée et la persistance du pouvoir glycogénique du foie attestée par l'épreuve de l'ingestion du sucre (1) in-

(1) Quand on veut savoir si la fonction glycogénique du foie est intacte, on fait ingérer à jeun 120 gr. de sirop de sucre et on analyse les urines pendant les heures qui suivent. Si le foie fonctionne correctement, on ne trouve pas trace de sucre dans l'urine. Si on constate de la glycosurie, c'est que les cellules du foie

diquaient l'intégrité des fonctions de la cellule hépatique et même leur suractivité.

A propos de ce malade M. Chauffard se demande dans quelle classe des ictères aigus fébriles on doit ranger son cas.

« D'ictère grave, il ne saurait être question, et nous venons de voir pourquoi. Dire, comme on le faisait il y a quelques années, que c'est là un ictère pseudo-grave, ne nous avance guère.

S'agit-il donc de cette prétendue « maladie infectieuse nouvelle » décrite en 1886 par Weil, acceptée avec enthousiasme en Allemagne et en train de s'acclimater parmi nous ? Eh bien, cette nouveauté pathologique est assurément moins neuve qu'on ne veut bien le dire.

De quoi s'agit-il, en effet ? En deux mots, la maladie de Weil est une maladie fébrile aiguë, caractérisée par un début brusque, une fièvre intense avec céphalée, myalgies, diarrhée, tuméfaction du foie et de la rate, néphrite aiguë, herpès labial, ictère survenant du troisième au cinquième jour ; vers le huitième jour, rémission souvent des phénomènes généraux et locaux, puis, parfois, mais non toujours, rechute, reprise de la fièvre, de l'ictère, des phénomènes généraux et locaux ; enfin, convalescence lente et guérison.

Voilà un tableau clinique qui reproduit à coup sûr très fidèlement l'histoire de notre malade, moins la rechute, toutefois.

Mais est-ce là une maladie nouvelle, non encore décrite, et qui doit être individualisée ainsi ? Je n'en crois rien, et vous rappelle seulement que, dès 1885, j'avais montré que certains ictères catarrhaux réalisaient de véritables symptômes infectieux, avec fièvre, symptômes généraux, gros foie et grosse rate, néphrite aiguë, herpès labial, crise urinaire polyurique et azoturique ; enfin, la maladie se terminait par un amaigrissement notable et une convalescence lente.

Peu après, M. Mathieu publiait un cas assez analogue, avec rechute celui-là, et qu'à l'exemple de M. Landouzy, il intitulait *typhus hépatique bénin*, appellation qui me paraît prêter à confusion en éveillant l'idée de fièvre typhoïde ; la confusion a, du reste, eu lieu, car récemment M. Longuet envisageait les faits de Weil comme ressortissant à la fièvre typhoïde bilieuse abortive, hypothèse qui me paraît peu acceptable.

Où donc est la démarcation entre ces faits que je considérais comme des ictères catarrhaux infectieux et la maladie dite de Weil ? Est-ce dans l'obstruction du canal cholédoque ? Mais celle-ci n'est que secondaire, contingente, et, de plus, dans nombre de cas de maladies de Weil, on a constaté et signalé la décoloration des matières fécales.

Est-ce dans le fait de la rechute ? Mais il n'y a là qu'un critérium bien contestable en matière de pathologie infectieuse ; la fièvre typhoïde avec ou sans rechutes, pour ne citer qu'un exemple, ne constitue qu'une seule espèce morbide, quoi qu'en ait dit autrefois Maurice Raynaud. Cette rechute, soi-disant caractéristique, fait du reste souvent défaut ; bien plus, dans la même épidémie, il peut y avoir des cas avec ou sans rechute : ainsi, dans une épidémie observée en 1877 à Prague, et récemment relatée, sur 10 cas d'ictère fébrile, 4 seulement furent suivis de rechutes.

Un an avant Weil, M. Mathieu avait, je le rappelle, signalé un fait d'ictère infectieux avec rechute, et c'est à lui, en bonne justice, que l'on devrait, sur ce point, reconnaître la propriété.

Je ne crois donc pas que ce syndrôme, soi-disant

ont perdu le pouvoir de transformer en glycogène le sucre qui leur arrive de l'intestin et le laissent passer directement dans l'urine (glycosurie dite alimentaire). La conservation du pouvoir glycogénique du foie est capitale, puisque M. G. H. Royer a prouvé que glycogénie et arrêt des poisons apportés par la veine-porte sont pour le foie deux fonctions connexes.

FEUILLETON

Aphorismes sur la profession médicale.

Quand Dieu eut décrété que le mensonge serait un péché, il fit aussitôt une exception pour les médecins, et leur permit de mentir autant de fois par jour qu'ils rencontreraient de cas incurables. Remonter les courages défaillants, dire des paroles d'espoir, auxquelles nous ne croyons pas toujours, ce n'est pas mentir en effet, c'est faire, hélas ! le seul traitement qui convienne à bien des maux !

*
* *

Le troisième commandement du code de la chevalerie, d'après M. Léon Gautier, était ainsi conçu : « Tu auras le respect de toutes les faiblesses et t'en constitueras le défenseur. »

Ce mot d'ordre n'est point devenu lettre morte, lorsque la chevalerie disparut. Il a été recueilli par bien des médecins et pour plus d'un il est la loi. Sans le savoir peut-être, ils l'ont adopté pour devise dans leur œuvre de commisération et de salut. — Non seulement ils respectent la faiblesse, mais ils la guérissent, la font disparaître et ne craignent pas de pénétrer au plus profond des désespérances humaines, pour y découvrir quelque misère plus lamentable que les autres, afin de la secourir.

*
* *

Les médecins savent très bien qu'après l'égoïsme de celui qui est malade, il n'y a rien de plus commun que l'ingratitude de celui qui est guéri. Cela ne les empêche pas de se consacrer à la grande famille des déshérités. Le bien est un engrenage : une fois le cœur pris, il faut que tout l'être y passe !

*
* *

Notre rôle est de nous oublier pour ne songer qu'aux autres ; de prendre soin des malheureux pour leur être utile, et non pour qu'ils en soient reconnaissants ; d'avoir constamment un sentiment de charité qui brûle au fond de l'âme, pour la purifier et l'échauffer ; d'avoir le génie du sacrifice et l'amour de tous ceux qui souffrent.

*
* *

La nature est inépuisable dans l'invention des supplices qu'elle inflige aux humains, qui heureusement ne sont que des mortels ; on dirait qu'elle s'ingénie à dérouter la science et le dévouement ; peine perdue, plus le mal est horrible et repoussant, plus la thérapeutique fait d'efforts pour soulager et calmer, plus la charité se fait active, ardente et courageuse. Quelque effroyable

nouveau, mérite de porter le nom de Weil. Mérite-t-il même d'être considéré comme une maladie infectieuse spéciale, d'être individualisé et comme isolé dans le groupe des ictères infectieux ? De ceux-là, je doute également.

Interrogeons l'étiologie ; elle ne nous montre que des causes d'infection d'origine gastro-intestinale ; alcoolisme, eaux malsaines et non filtrées (comme dans notre cas), concomitance avec des foyers d'infection dothiénentérique, ainsi que l'a montré Kelsch.

Rien de spécial, ou plutôt de spécifique, qui soit actuellement connu, ni comme poison ingéré ou autochtone, ni comme microbes.

Et il en est de même pour tous les ictères infectieux ; leur pathogénie intime nous échappe encore.

Un seul point semble assez spécial, pour ces ictères infectieux bénins : c'est leur fréquence singulière *chez les bouchers*. Sur 13 cas relatés par Fiedler, 9 appartenaient à cette profession ; de même pour un cas tout récent de H. Vierordt ; de même aussi pour notre malade. Cela ne fait-il pas penser immédiatement à un empoisonnement ptomaïnique ?

Au nom de la clinique, toute individualisation du syndrôme de Weil n'est pas moins artificielle.

En matière d'ictères infectieux, depuis l'ictère catarrhal le plus simple jusqu'à l'ictère grave le plus rapidement mortel, tous les intermédiaires existent. Toute coupe pratiquée parmi eux est plus ou moins arbitraire.

Et, cependant, ces coupes sont nécessaires ; il faut absolument avoir un cadre, au moins provisoire, qui nous permettra de mettre un peu d'ordre dans ce chaos des ictères fébriles aigus.

Mais ces divisions nécessaires, ce n'est malheureusement pas à la pathogénie que nous pouvons les demander ; c'est à la physiologie pathologique et à la clinique qu'il faut recourir.

Nous ne savons pas, la plupart du temps, que les sont les causes qui, en agissant sur le foie, engendrent un ictère infectieux aigu : mais nous pouvons apprécier *ce que vaut* ce foie, jusqu'à quel point il est lésé. Et là est la clef d'une division tout au moins pronostique.

La cellule hépatique est-elle d'emblée gravement frappée, annihilée dans ses aptitudes fonctionnelles aussi bien que dans sa structure histologique ? C'est *l'ictère grave* (et je ne parle que de l'ictère grave primitif) : c'est alors qu'aux grands syndrômes infectieux et toxiques s'ajoutent l'oligurie, l'hypoazoturie, la glycosurie alimentaire.

La cellule hépatique reste-t-elle douée d'une activité normale, ou souvent même exaltée, c'est un *ictère infectieux bénin* ; et alors on pourra voir tantôt de la polyurie, de l'azoturie, tantôt que la glycosurie alimentaire fera défaut. Tantôt, l'origine infectieuse ne se traduira que par un minimum de symptômes, comme dans l'ictère catarrhal léger, *simple*, pourait-on dire.

Tantôt, la symptomatologie infectieuse se complète, peut même devenir assez bruyante pour inspirer de réelles inquiétudes, si *l'examen physiologique* du foie ne montrait, comme chez notre malade, la bénignité réelle de la maladie.

Et alors, *des variantes symptomatiques* interviennent, et permettent, dans ce vaste groupe des ictères infectieux bénins, de pratiquer de nouvelles subdivisions : *ictère catarrhal infectieux*, si le cholédoque s'oblitère ; *ictère polycholique infectieux*, comme dans le cas présent, si le cholédoque reste perméable ; *ictère infectieux à rechutes*, comme dans les cas de M. Mathieu et de Weil.

Voilà, je crois, et en attendant des divisions pathogéniques qui seraient assurément bien préférables, l'idée la plus large et la plus vraie que l'on puisse se faire actuellement des ictères infectieux

---

que soit la tâche, jamais un fils d'Hippocrate ne recule.

*
* *

N'oublions pas, dans les heures de découragement, que, si le monde est profondément égoïste, il méprise pourtant ceux qui ne pensent qu'à eux et admire toujours le vrai dévouement.

*
* *

Il vaut mieux que l'on abuse de notre confiance ou de notre bonne volonté que si nous avions à nous reprocher notre indifférence à l'égard de ceux qui peuvent avoir besoin de nous. — Lors même que notre générosité serait méconnue, la certitude d'accomplir un devoir, le plaisir de faire le bien, doivent nous consoler de la déception de n'avoir obligé que des ingrats.

*
* *

Nous nous privons chaque jour d'autant de bonheurs que nous omettons de bonnes actions. — C'est une maxime à rappeler à notre société décadente, où tant de gens, au lieu de penser à faire leur devoir, se préoccupent surtout de faire leur chemin.

*
* *

On a raison de glorifier les médecins, qui sont victimes du devoir professionnel. — A la fin de 1787, Girod, un médecin distingué de la Franche-Comté, mourut en soignant des varioleux. « Ne me plains pas, dit-il courageusement à un ami, je meurs sur le champ de bataille. »

*
* *

Nous ne devons jamais oublier le distique inscrit au-dessus de la porte centrale du grand amphithéâtre de l'école.

Ad cœdes hominum prisca amphitheatra patebant ;
Ut longum discant vivere nostra patent.

*
* *

Pressez toutes choses, a-t-on dit, et un gémissement en sortira. En effet les confidences, que nous recevons, sont des portes par lesquelles la joie passe à pas précipités et le chagrin à pas lents : Par conséquent, il faut être armé de commisération ! — Si notre front a des rides, notre cœur ne doit pas en avoir.

*
* *

Ne te plains pas, confrère, si la vie n'a pas réalisé toutes tes espérances ; songe, pour l'apaiser, qu'elle n'a pas non plus justifié toutes tes craintes. — Hélas ! Le monde est un bazar, où les profits ne sont pas tant pour les marchands, qui y apportent les ballots les plus précieux, que pour ceux qui y font le plus d'étalage. Mais bast !

aigus. Cet essai de classification peut se résumer dans le tableau suivant :

1° Ictères infectieux aigus s'accompagnant, d'une façon définitive ou réparable, de la destruction anatomique et biochimique de la cellule hépatique :

Ictère grave primitif.

2° Ictères infectieux aigus avec conservation, pour la cellule hépatique, de ses aptitudes biochimiques normales ou exaltées :

Ictères infectieux bénins	Ictère catarrhal simple.
	Ictère catarrhal infectieux.
	Ictère polycholique infectieux.
	Ictère infectieux à rechutes.

C'est là, je le répète, une classification toute provisoire ; elle a, au moins, le double mérite de servir au pronostic, et de ne pas créer sans nécessité des maladies nouvelles, là où il ne s'agit que de syndrômes sériés, et dépendant probablement de causes très analogues. »

Persistance d'une grossesse extra-utérine pendant 33 ans.

M. Tarnier présente à l'Académie une femme atteinte d'une grossesse extra-utérine abandonnée à elle-même. Voici le résumé de l'observation de cette femme.

En 1856, devenue enceinte, elle vint consulter M. Lorain qui diagnostiqua une grossesse extra-utérine. Rien ne fut fait, et la grossesse évolua jusqu'à son terme ; à ce moment, des symptômes d'accouchement se produisirent, mais bientôt ils cessèrent à la suite de la mort du fœtus, dont les mouvements jusqu'alors avaient été très actifs. En même temps des douleurs très vives, que la mère éprouvait depuis quelque temps, disparurent complètement et très vite.

A ce moment tout rentra dans l'ordre et la malade conserva son kyste fœtal, sans en être autrement incommodée. Trois ans après, elle venait consulter Nélaton qui conseillait l'abstention, et la malade rentra chez elle. M. Tarnier, qui l'avait perdue de vue depuis cette époque, vient de la revoir paraissant d'une excellente santé, sauf un diabète qui n'a rien à faire avec sa grossesse extra-utérine.

Quant à son kyste, il continue à ne pas l'incommoder, et se présente sous la forme d'une tumeur sous-ombilicale, de consistance presque ligneuse, résistante et composée de deux parties dans lesquelles on reconnaît facilement la tête et le tronc du fœtus. La tête se présente sous la forme d'une tumeur ronde placée à droite ; le tronc, séparé de la tête par une dépression considérable, qui semble indiquer une luxation des vertèbres cervicales, est assez facilement reconnaissable pour que l'on puisse apprécier l'étendue du diamètre bi-acromial qui est de 11 centimètres. Le diamètre transversal de la tumeur est de 22 centimètres.

De la stérilisation du lait pour la nourriture des enfants.

Le lait de vache contient trois fois plus de caséine et moitié moins de sucre que le lait de femme. Cette différence de composition est facile à corriger en étendant le lait de vache avec de l'eau sucrée.

Ce qui constitue le plus grave inconvénient du nourrissage au biberon, c'est que, dans ces circonstances, le lait est toujours infecté par du ferment lactique et divers autres microbes, tandis que l'enfant nourri au sein avale un lait aseptique.

Soxhlet a le premier montré les avantages qu'il y a à stériliser le lait partagé d'avance en autant de portions que l'enfant fera de repas ; mais son appareil est assez dispendieux.

James Eisenberg propose une modification qui

---

de toutes les habiletés, la plus grande est encore d'être honnête et d'agir noblement.

*
* *

Les médecins arrivés, fortunés, doivent se souvenir plus encore que les autres hommes (car ils ont vu la misère de plus près), que l'aumône est le sel qui empêche les richesses de se corrompre.

Heureux les riches, puisqu'ils ont le moyen de consoler. — La vie est courte et il n'y a pas de temps à perdre.

*
* *

Quand celui qui souffre conserve encore une étincelle d'espoir, que ce soit croyance ou superstition, ne soufflons pas, a dit Dumas, sur cette chétive lueur qui épargne au moins l'horreur des ténèbres ; ce serait de l'impiété inutile.

*
* *

Il ne suffit pas de prendre un air austère et de s'habiller comme Caton, pour en avoir les vertus.

*
* *

La véritable pitié, de même qu'elle est active, doit être pratique. Elle ne s'enfuit pas dans les transcendances ; elle reste sur la terre, son vrai domaine, à panser les plaies des blessés, à laver les pieds meurtris, à sécher les larmes qui coulent. Sans doute, elle ne dédaigne pas les paroles ; les paroles sont des dictames qu'elle doit savoir appliquer. Mais elle va plus loin que leur bruit : derrière les bienfaits qu'elle sème, elle vise jusqu'à la justice, et, mécontente des palliatifs inventés par la demi-bonté, elle rêve d'installer sur la terre le règne nouveau, fait d'équité et de bienveillance (E. Rod).

La poursuite de ce règne est la plus noble tâche ouverte à notre activité.

*
* *

Au soir de l'existence, lorsque le crépuscule de l'âge nous enveloppe, tout médecin qui cherche dans le passé un point d'appui pour ses espérances futures, doit pouvoir se retourner avec attendrissement vers les heures où il s'est dévoué sans réserve et sacrifié sans mesure. — Cela seul mérite d'être embaumé dans le souvenir. Amours, glorioles, vanités, ambition, tout s'est dispersé au souffle des années ; parfois il n'en reste qu'un regret. — Bienheureux, au contraire, seront ceux d'entre nous, qui, au moment d'être relevés de la faction de la vie, pourront se dire qu'ils n'ont pas négligé d'être utiles à leurs semblables.

Dr Grellety.

rend le procédé pratique pour les ménages modestes. Aussitôt reçu, le lait est étendu d'eau sucrée dans la proportion convenable, puis partagé en autant de flacons que l'enfant fera de repas, soit une douzaine. Chaque flacon est bouché avec un simple tampon de ouate. Tous les flacons, supportés par un plateau en fil de fer, sont placés dans une marmite en fer battu à moitié pleine d'eau. On ferme bien exactement et l'on fait bouillir l'eau pendant trente ou quarante minutes, de façon que les flacons, enveloppés par la vapeur d'eau à 100°, soient parfaitement stérilisés. On peut alors les retirer de la marmite et, après ce traitement, leur contenu peut se conserver plusieurs jours sans altération. Il est cependant bon, en été, de les placer dans un endroit frais.

Au moment de s'en servir, il suffit de remplacer le bouchon d'ouate par un ajutage de biberon ; mais il est essentiel de ne déboucher le flacon qu'au moment de s'en servir et de prendre un nouveau flacon pour chaque repas. Les flacons vides doivent naturellement être lavés à la lessive avant de s'en servir de nouveau. (*Paris médical.*)

Élimination d'une pleurésie purulente par la vessie.

On connaissait déjà bien des voies extraordinaires par lesquelles peut se faire jour le pus enfermé dans la plèvre. En voici une qui paraît n'avoir été observée que deux fois, une par Ruller, l'autre par le Dr *Froidure* (d'Amiens). Le malade avait eu, au quinzième jour d'une pleurésie purulente, une vomique de 1500 gr. environ, non suivie de pneumothorax. Après un soulagement momentané, l'épanchement se reproduisit, en même temps que le malade ressentait de vives douleurs d'abord dans le côté, puis le long de la colonne vertébrale, vers la hanche et le ventre. Pendant que ces douleurs se produisaient, on constatait la diminution de l'épanchement pleural et une moindre dyspnée. La position assise était devenue impossible quand une nuit le malade, ressentant un impérieux besoin d'uriner, eut d'abord de la peine à se satisfaire, puis éprouva la sensation d'une résistance vaincue et évacua deux vases de pus sans odeur spéciale. Quelques heures après, les douleurs du ventre avaient disparu, le malade pouvait s'asseoir et la guérison s'effectua sans autre complication.

Ophthalmie purulente causée par le lavage des yeux avec de l'urine.

Il paraît que dans la basse classe c'est un usage plus répandu qu'on ne pense de se laver les yeux avec de l'urine dans un but hygiénique ou thérapeutique.

Les individus qui ont du catarrhe leucorrhéique ou blennorrhagique ne s'inquiètent pas de la virulence que leur urine possède alors, et M. *Armaignac* (de Bordeaux) a pu observer plusieurs cas d'auto-inoculation par ce moyen. Une heure après la contamination, le gonflement des paupières et le chémosis avaient atteint leur maximum d'intensité et la sécrétion purulente était très abondante. L'ophthalmie purulente avait frappé d'emblée les deux yeux au même degré.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

I. Des polypes du col de l'utérus pendant l'accouchement. — II. De la présentation du siège décomplété (mode des fesses). — III. Du fonctionnement de la Maternité de Lariboisière. — IV. De l'hérédité syphilitique.

DES POLYPES DU COL DE L'UTÉRUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT (1).

Le Pr A. Hergott (de Nancy) rapporte une très intéressante observation de polype du col de l'utérus qui fut expulsé hors de la vulve pendant le travail : les deux médecins présents à l'accouchement pensèrent que la tumeur qui pendait hors de la vulve était formée par l'utérus en état d'inversion et essayèrent en vain de la réduire. — M. Hergott n'eut pas de peine à reconnaître que cette tumeur était constituée par un corps fibreux inséré sur la face interne de la lèvre antérieure du col et en pratiqua très simplement l'ablation : il entoura avec un fil de fer le point d'implantation et à l'aide d'un serre-nœud en obtint la section sans répandre une goutte de sang. La lèvre antérieure du col, débarrassée de ce corps fibreux qui l'étirait jusqu'à l'orifice vulvaire, revient immédiatement sur elle-même et disparaît dans la cavité vaginale, pour y reprendre sa situation habituelle. Le poids de la tumeur est de 1250 gr. et sa structure histologique est celle d'un fibromyôme. Les suites de couches furent à peu près normales et l'involution utérine se fit régulièrement.

Cette tumeur n'avait pas été reconnue pendant la grossesse et ne s'est manifestée qu'en donnant à la femme la sensation assez vague d'un corps dans la cavité vaginale ; le mécanisme suivant lequel cette tumeur avait été expulsée au moment du travail est facile à comprendre. L'utérus en se contractant avait poussé le fœtus sur ce corps fibreux situé au-dessous de lui et l'avait fait progresser dans l'excavation. La lèvre du col sur laquelle il était implanté s'étant allongée et transformée sous cette pression en un vrai pédicule, ce polype avait pu franchir l'orifice vulvaire sans trop de difficultés. Le canal génito-pelvien une fois désencombré, le fœtus se trouvait dans une situation analogue à celle d'un deuxième fœtus dans un accouchement gémellaire : aussi son passage à travers les parties molles s'était-il effectué très rapidement.

Mais après l'accouchement, la tumeur n'avait pu reprendre sa place primitive dans le vagin ; elle était trop volumineuse pour repasser à travers une vulve devenue plus étroite, et, malgré les efforts qui avaient été tentés, elle était restée entre les cuisses de la femme.

Ainsi les polypes du col peuvent rester ignorés pendant la grossesse ; ils peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic nombreuses et ont été pris pour les complications les plus diverses (insertion vicieuse du placenta, fibrômes du corps, tumeurs intra-pelviennes solides ou liquides, grossesse extra-utérine, rétroversion de l'utérus gravide, œdème du col, carcinome de la partie inférieure de la matrice, vessie distendue par l'urine, grossesse gémellaire, etc.).

(1) *Annales de gynécologie*, mai 1889.

Enfin le polype du col et l'inversion utérine peuvent être confondus et de deux manières différentes : tantôt des inversions ont été prises pour des polypes, tantôt, ce qui est beaucoup plus rare, des polypes ont été pris pour des inversions. La seconde variété d'erreur de diagnostic est de peu de gravité : le plus souvent les efforts infructueux du médecin pour faire repasser par la boutonnière vulvaire ce qu'il croit être l'utérus en inversion lui montrent qu'il se trompe ; tandis que les conséquences sont bien autrement redoutables, quand, prenant l'utérus pour une tumeur, il en pratique l'ablation.

II. DE LA PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ (MODE DES FESSES).

Notre excellent ami le Dr P. Mantel vient de publier un travail très instructif sur une nouvelle manœuvre préconisée par le Pr Pinard pour la présentation du siège décompléte (mode des fesses).

Dans certains cas, en effet, cette variété de présentation crée une dystocie réelle, grave pour l'enfant et même pour la mère à cause des opérations multiples auxquelles ou doit recourir pour faire l'extraction. Ces interventions varient suivant que le siège est ou n'est pas engagé, mais la plupart de ces moyens (forceps, tractions inguinales à l'aide des doigts, des lacs ou des crochets, traction sur les pieds ; méthodes de Lefour et de Ritgen, version, extraction, manœuvre de Mme Lachapelle, etc.) sont insuffisants ou dangereux.

Quand et comment faut-il donc intervenir ? Autant il est utile de temporiser lorsque le siège est profondément engagé, autant il est avantageux pour la mère et l'enfant d'agir vite, lorsque le siège est mobile au-dessus du détroit supérieur ou mobilisable; cette intervention doit être hâtive parce que : 1° l'intervention peut devenir très difficile lorsque le siège est profondément engagé ; 2° le fœtus et la mére sont dans d'excellentes conditions pour supporter l'intervention, l'accoucheur pour la pratiquer ; 3° l'intervention permet de substituer un siège partiellement décompléte à une présentation décomplétée et assure en cas de besoin un tracteur commode ; 4° l'intervention est d'autant plus facile qu'elle sera faite plus tôt.

Comment ira-t-on à la recherche d'un pied ? Après avoir pris toutes les dispositions nécessaires, l'accoucheur introduit la main lentement dans les parties génitales et procède à la manœuvre suivante :

1er TEMPS. — *Introduction de la main dans l'utérus et refoulement ou déplacement du siège.*

La main prend appui par sa face dorsale sur les parois du bassin, s'applique par la face palmaire des doigts sur le siège entier qu'elle repousse en masse dans la fosse iliaque correspondante, où elle assied pour ainsi dire le fœtus. Ce mouvement, exécuté pendant l'intervalle des contractions, donne de la place et permet à la main de progresser.

2e TEMPS. — *Choix de la cuisse. Flexion de la cuisse sur le bassin.*

La main étendue s'applique alors sur la cuisse antérieure, sur laquelle il est préférable d'agir ; puis glisse sur la face postérieure de cette cuisse, en la déprimant et en la fléchissant sur le bassin jusqu'à ce que l'extrémité des doigts ait atteint le creux poplité. A ce moment les doigts se fléchissent sur la main et on obtient le maximum de flexion de la cuisse sur le bassin.

3e TEMPS. — *Chute de la jambe.*

A la suite de ce mouvement de flexion de la cuisse, la jambe du fœtus se fléchit spontanément et le pied tombe pour ainsi dire, non pas dans la main, mais sur la main de l'accoucheur.

4e TEMPS. — *Préhension du pied et abaissement.*

Dès que la face dorsale de la jambe et le talon du fœtus sont venus au contact de la face dorsale de la main de l'accoucheur, il suffit de retirer la main un peu en bas et de la retourner un peu pour saisir le pied qu'on amène ensuite à la vulve.

Il faut alors distinguer deux cas : 1° ou bien on laisse là le pied, si l'état de la mère et de l'enfant n'exige pas l'extraction immédiate ; 2° Si au contraire le fœtus souffre, s'il survient quelque accident du travail, il faut procéder à l'extraction immédiate qui sera trés facilitée par la présence du pied qui constitue un tracteur parfait.

(1) Thèse Paris, 1889.

III. DU FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITÉ DE LARIBOISIÈRE.

La lecture de ce mémoire comporte plus d'un enseignement ; elle montre comment peu à peu, de 1882 à 1889, M. Pinard a su organiser un service d'accouchements où les résultats ont toujours été en s'améliorant, bien que le nombre des accouchées y fût de plus en plus considérable ; elle montre combien est important l'isolement des femmes suspectes au point de vue de la prophylaxie de la fièvre puerpérale et combien il est nécessaire que le personnel (internes, sages-femmes, infirmiers) change le moins possible une fois qu'il est rompu à la pratique antiseptique. « Tout changement de personnel, dit M. Pinard, s'accuse sur les feuilles de température des parturientes. »

Parmi les nombreuses statistiques contenues dans ce travail, une des plus instructives est celle du nombre de femmes ayant présenté des suites de couches absolument physiologiques et qui a été :

En 1884..................	de 375	pour 1000
En 1885..................	de 620	—
En 1886..................	de 755	—
En 1887..................	de 760	—
En 1888..................	de 820	—

Un détail à relever : c'est que les suites de couches les meilleures sont observées chez les femmes qui ont subi, *lors de leur accouchement fait tout entier dans le service*, une opération quelconque. Cela tient à ce que chez ces femmes les précautions les plus grandes sont prises, non seulement pendant l'opération, mais encore pendant les suites de couches. Si la statistique opératoire n'est pas sans tache noire, c'est que nombre de femmes sont apportées à l'hôpital dans un état lamentable, ayant déjà subi des interventions plus ou moins maladroites et presque toujours sans aucune précaution antiseptique.

En laissant de côté les versions par manœuvres externes, M. Pinard donne les chiffres suivants récapitulant le nombre des opérations faites de 1883 à 1888 :

Applications de forceps......	277	10 décès
Versions....................	68	5 —
Céphalotripsies..............	10	2 —
Basiotripsies................	32	4 —
Embryotomies................	7	3 —
Acccouchements provoqués..	50	1 —

Sur ces 25 décès, 19 ont été la suite de manœuvres, d'accidents, de maladies antérieures à l'intervention opératoire faite à la Maternité. (Urémie, 3, hémorrhagie, 1 ; congestion pulmonaire aiguë 1 ; ruptures utérines, 6 ; infection puerpérale, 7.)

6 décès seulement peuvent être imputés à l'intervention opératoire, savoir : 4 après application de forceps, 1 après version, 1 après céphalotripsie. L'un de ces décès a été causé par rupture de l'utérus, 5 par infection puerpérale. Il est à remarquer que 4 de ces derniers furent observés pendant la première année de fonctionnement du service, en 1883.

En faisant la récapitulation des résultats obtenus depuis le début du fonctionnement du service, on voit que depuis le 1er novembre 1882 jusqu'au 1er janvier 1889, 12,580 femmes sont venues accoucher à la Maternité de l'hôpital Lariboisière. La mortalité totale a été de 0,74 0/0. La mortalité totale par infection puerpérale a été de 0,39 0/0.

IV. L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE (1).

C'est là une question de pratique qui préoccupe non seulement le dermatologiste, mais qui intéresse encore au plus haut point l'accoucheur. Aussi devons-nous savoir gré au Pr Fournier d'avoir abordé cette question dans tous ses détails en s'appuyant sur un grand nombre d'observations personnelles.

Il est aujourd'hui hors de contestation qu'un père syphilitique peut transmettre la syphilis à son enfant, sa femme restant au moins en apparence indemne de syphilis. Mais il est extrêmement fréquent que cette influence de l'hérédité syphilitique paternelle se traduise par d'autres accidents que la transmission de la maladie au fœtus ; on observe souvent, en effet, dans ces conditions : des avortements, des accouchements prématurés d'enfants morts ou moribonds, la naissance d'enfants vivants qui succombent à courte échéance à diverses maladies au nombre desquelles les plus fréquentes sont la débilité native, la consomption sans cause, des accidents cérébraux, des convulsions, l'hydrocéphalie, etc.

L'hérédité syphilitique peut dériver soit du père exclusivement, soit de la mère exclusivement, soit du père et de la mère tout à la fois (hérédité mixte). L'hérédité maternelle est beaucoup plus nocive que la paternelle, puisqu'elle est deux fois plus fréquente et deux fois plus meurtrière ; mais c'est l'hérédité mixte, provenant à la fois des deux conjoints qui est la plus redoutable de toutes, puisque c'est elle qui atteint le maximun en tant que nocivité et mortalité.

L'influence hérédo-syphilitique s'exerce d'une façon très inégale aux divers âges de la maladie : elle est très accusée pendant les trois premières années et surtout pendant la première. Puis pendant les années suivantes cette influence se fait de moins en moins sentir. Cesse-t-elle complètement ? Sans doute, après un certain nombre d'années, alors que la syphilis commence à vieillir, son influence héréditaire est certainement atténuée d'une façon considérable et, sinon éteinte, sûrement, au moins extrêmement amoindrie et presque réduite à néant ; mais malheureusement, même dans ses étapes avancées, la syphilis peut conserver encore son levain de transmission héréditaire : c'est *l'hérédité syphilitique à long terme*, qui est rare, mais qui n'en existe pas moins.

(1) *Bulletin médical* 1889, nos 45, 47, 49, 52, 54, 57, 58.

Aussi convient-il de se méfier de la syphilis âgée même tertiaire ; il ne faut pas permettre le mariage à un sujet syphilitique sur la seule considération de l'âge de sa syphilis et pour cette seule raison que les premières anuées de la diathèse sont passées ; il faut encore que ce sujet se soit traité convenablement. En effet le traitement spécifique atténué, suspend ou même éteint le pouvoir de transmission héréditaire de la syphilis ; cette action bienfaisante du traitement s'exerce d'ailleurs quelle que soit la source d'où dérive l'hérédité, que celle-ci provienne du père ou de la mère ou des deux géniteurs à la fois. Pour l'hérédité paternelle par exemple, un traitement moyen abaisse la mortalité fœtale de 59 à 21 % ; un traitement prolongé la réduit presque à néant, à 3 %.

Aussi voilà deux facteurs, le temps et le traitement qui sont susceptibles de réagir sur la faculté de transmission héréditaire de la syphilis : ces deux facteurs combinés agissent dans le même sens et d'une façon d'autant plus active, de telle sorte qu'un sujet syphilitique qui ne s'est marié que longtemps (*au moins 4 ans*) après le début de sa syphilis et qui de plus s'est traité méthodiquement, patiemment et longtemps n'est jamais (réserve faite pour certains cas exceptionnels) un père dangereux pour ses enfants, de telle sorte *qu'avec du mercure et du temps tout médecin peut faire d'un sujet syphilitique, sauf exceptions particulières et rares, un mari et un père non dangereux.*

Existe-t-il un rapport entre la gravité d'une syphilis et l'intensité de son pouvoir de transmission héréditaire ? Oui, dans certains cas, cette relation existe, mais elle est loin d'être forcée, voire même habituelle, la bénignité d'une syphilis, tout en étant « un bon point » en faveur du syphilitique postulant au mariage, est loin de constituer par elle seule une garantie suffisante pour permettre à celui-ci de contracter mariage.

Il n'est pas nécessaire, pour que la transmission hérédo-syphilitique s'exerce, que le ou les géniteurs soient sous le coup d'accidents spécifiques à l'instant où se fait la procréation ; il suffit que le ou les géniteurs soient à ce moment en simple état de syphilis latente, même sans manifestation actuelle.

Il faut bien dire qu'il y a de nombreuses exceptions aux lois qui régissent l'hérédité syphilitique : on la voit parfois résister à la double influence corrective du temps et du traitement. De plus, il y a une inégalité des divers sujets syphilitiques devant l'hérédité syphilitique, de telle sorte qu'une absolue réserve est le plus souvent imposée au médecin dans les prévisions à émettre sur les résultats de cette hérédité.

Que peut, ou mieux que doit faire le médecin pour protéger contre l'hérédité syphilitique tous ceux qu'elle menace directement ou indirectement, à savoir : *l'enfant*, *la mère ou la nourrice* ? *Il faut distinguer quatre cas*, suivant l'époque à laquelle on est consulté :

I. *Avant le mariage*, il faut : 1° traiter le futur mari ; 2° faire son éducation relativement aux dangers héréditaires que comporte sa maladie ; 3° ne lui permettre le mariage qu'à l'époque où de par un ensemble de considérations rassurantes, nous jugeons qu'il est devenu inoffensif pour sa femme et sa progéniture.

II. *Après le mariage*. Il faut : 1° plus que jamais ouvrir les yeux à ce malade sur les dangers

qu'il s'est exposé à faire courir à sa femme et à ses enfants en se mariant avant l'heure ; 2° traiter ce malade énergiquement de façon à couper court au plus tôt aux risques en question ; 3° interdire pour l'instant à ce malade la paternité d'une façon absolue et formelle.

III. *Au cours de la grossesse.* Faut-il soumettre au traitement spécifique une femme enceinte d'un enfant qui, issu d'un père en état de syphilis, court le risque de subir l'hérédité paternelle ?

Si la mère est syphilitique, il faut la traiter, pour elle-même d'abord, pour son enfant qui est doublement menacé de par l'hérédité paternelle et de par l'état syphilitique de sa mère.

La question devient beaucoup plus embarrassante quand la femme enceinte ne présente aucun accident. Bon nombre de médecins se prononcent résolument pour l'opportunité d'un traitement préventif dans tous les cas. Quelques-uns répugnent à ce traitement d'aventure et préfèrent courir la chance.

Le professeur Fournier est éclectique et se déclare partisan de l'intervention rationnelle et motivée. Ainsi, lorsque l'influence syphilitique s'est attestée sur une ou plusieurs grossesses, il y a indication urgente à prévenir un nouveau malheur dans une grossesse subséquente par le traitement de la mère. Lorsqu'au contraire on a des raisons de supposer que l'influence de l'hérédité syphilitique ne se fera pas sentir, surtout s'il s'agit d'une première grossesse, on peut s'abstenir. Dans les cas où l'on institue le traitement sans que la mère présente d'accidents, le professeur Fournier conseille alors d'abaisser les doses mercurielles, jusqu'à les réduire à moitié environ des doses usuelles, c'est-à-dire des doses qu'on a coutume d'administrer à des femmes syphilitiques.

IX. *Après l'accouchement.* Lorsque l'enfant est né, il peut être venu : 1° sain ; 2° syphilitique.

1° Dans le premier cas, il n'y a rien à faire ; mais il faut prévenir le père de la possibilité d'accidents ultérieurs qui nécessiteront un traitement spécifique.

2° L'enfant est venu syphilitique. Il faut alors traiter l'enfant et traiter à nouveau le père ou les parents de l'enfant ; puis interdire à cette famille une grossesse nouvelle jusqu'à terminaison du traitement qui lui sera prescrit.

En général on n'institue le traitement spécifique sur un sujet suspect d'hérédité syphilitique qu'après l'invasion de symptômes attestant ou rendant vraisemblable l'infection héréditaire ; dans certains cas cependant il y a intérêt à intervenir préventivement lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant né de souche syphilitique et qui est chétif, petiot, peu résistant, à la façon des enfants hérédo-syphilitiques.

Enfin le traitement de la syphilis héréditaire de l'enfant doit être aussi prolongé que le traitement de la syphilis acquise de l'adulte.

Dr G. LEPAGE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

La Caisse des Pensions, fondée il y a cinq ans par le *Concours Médical* a tenu, le 11 juin, son assemblée annuelle, chez le Président, M. Dujardin-Beaumetz.

Nous aurions diverses observations à présenter au sujet de la tenue de cette assemblée, et au sujet des mesures à prendre pour donner à l'institution les développements qu'elle comporte.

Mais nous préférons renvoyer ces observations à des temps plus propices et nous nous contentons de reproduire les comptes rendus du secrétaire général et du trésorier.

Compte-rendu de M. LANDE, *secrétaire général.*

Messieurs et très honorés Confrères,

Vous avez tous reçu un exemplaire du rapport que j'ai eu l'honneur de présenter, le 3 novembre 1888, au Comité-Directeur. J'ai tenu à établir notre situation exacte à la fin de la première moitié de notre période d'organisation, c'est-à-dire après cinq ans, cinq exercices consacrés uniquement à former notre capital social. Vous avez vu que, conformément à nos prévisions, nos encaissements s'élevaient à cette époque (25 octobre) à la somme de 178,977 fr. 45 c. Ce chiffre nous est une garantie formelle que nous dépasserons celui que nous avons prévu comme devant exister au moment où nous commencerons à fonctionner, à servir des pensions à nos plus anciens participants. D'autre part, l'étude de notre liste d'adhérents nous a permis d'établir exactement le *maximum* de nos charges pendant les cinq premières années de service des pensions et je crois vous avoir démontré d'une façon mathématique que, non seulement nos ressources nous permettraient d'y faire face, mais encore que nous pourrions grossir notre capital inaliénable dans de notables proportions, constituer à son chiffre total notre réserve et enfin verser des subsides importants à notre caisse auxiliaire (secours).

Aujourd'hui, ainsi que va vous le dire notre Trésorier, nos encaissements s'élèvent à 209,879 francs, c'est 31,000 francs de recettes depuis le mois d'octobre ; nous pouvons avoir confiance, notre œuvre de prévoyance confraternelle est en bonne voie.

Nous avons eu, pour la première fois, à appliquer un des articles de nos Statuts (art. 21), qui à lui seul, aurait dû détourner nos contradicteurs de nous adresser le reproche que nous ne pensions qu'à procurer une bonne affaire à ceux qui avaient déjà la bonne chance de vivre longtemps. Un de nos confrères, adhérent de la première heure, est tombé dans l'incapacité absolue et permanente de continuer l'exercice de sa profession. Prévenu de cette situation, le Comité-Directeur a décidé que remboursement serait fait à ce confrère de la totalité de ses versements avec intérêts composés, calculés au taux de 4 %, et notre Trésorier a effectivement versé à ce titre une somme de 2,496 fr. 90 c. L'utilité de cette somme a été telle que nous nous sommes tous félicités au Comité-Directeur de la charitable prévoyance de nos Statuts et elle nous a démontré, en outre, l'importance de notre œuvre de prévoyance, car, nous pouvons l'affirmer, jamais notre confrère n'aurait économisé ce capital s'il n'y avait été pour ainsi dire obligé par le contrat volontaire qui le liait à la Caisse des Pensions.

J'ai à vous signaler la mort d'un de nos confrères les plus estimés, le Dr Mouchot (de Commarin, Côte-d'Or), un des plus chauds partisans de notre solidarité confraternelle. Permettez-moi d'adresser à la famille de notre camarade l'expression émue de nos regrets.

Nous ne pouvons passer sous silence la fin prématurée d'un confrère que beaucoup d'entre vous ont connu et apprécié, le Dr Benoît (de Saint-Nazaire), qui a — il est juste de le dire — contribué pour une bonne part à la fondation de notre Caisse des Pensions. Depuis longtemps, le Dr Benoît étudiait les moyens d'assurer à chaque membre du Corps médical une pension de droit et quand eut lieu la réunion préparatoire, de laquelle sortit la création de notre Caisse de Retraite, le Dr Benoît apporta un système tout préparé, dont il défendit les principes et les détails avec une énergie et une conviction profondes. Ses idées n'ayant pas prévalu, il nous tint rigueur, voulut même établir une Caisse de Retraite sur le modèle qu'il avait rêvé et ne se fit pas faute de faire retomber sur votre Secrétaire général la responsabilité de son double insuccès. Oublions le contradicteur violent qui n'est plus aujourd'hui et, comme moi, Messieurs, vous voudrez ne plus vous souvenir que de l'excellent confrère à l'âme généreuse, qui n'eut d'autre tort que de prendre ses illusions charitables pour des vérités mathématiques et de défendre avec tout son cœur des utopies qui lui apparaissaient comme des axiomes à travers le prisme de sa philanthropie enthousiaste.

Votre Comité-Directeur est arrivé au terme de ses pouvoirs, il vous les remet aujourd'hui, Messieurs. A vous de dire s'il a bien et complètement rempli sa mission ; nous attendons votre verdict avec la conscience d'avoir atteint, sinon le but absolu, du moins celui que nous permettaient d'atteindre et nos forces et notre dévouement.

Rapport de M. VERDALLE, *Trésorier.*

Messieurs et très honorés Collègues,

L'année dernière, au 6 avril 1888, date de notre Assemblée générale, le chiffre des encaissements de la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français était de 168,559 fr. 38 c.

Au 31 décembre de l'année dernière, ce chiffre atteignait 179,527 fr. 85 c.

Aujourd'hui enfin, 11 juin 1889, les encaissements s'élèvent à la somme de 209,879 fr. 54 c.

C'est vous dire que l'accroissement de nos recettes a été de 41,290 fr. 16 c. dans l'intervalle des deux réunions annuelles.

Années	Encaissements.	Cotisations.	INTÉRÊT des valeurs.	TOTAUX.
1884	21.949 85	20.541 »	207 60	21.949 85
1885	39.653 98	37.646 20	1.200 50	61.603 83
1886	38.630 41	34.667 »	3.306 75	100.234 24
1887	39.507 36	34.941 40	4.326 55	139.741 60
1888	39.786 25	33.462 »	6.256 55	179.527 85
	179.527 85	161.257 60	15.297 95	

Votre secrétaire général, M. Lande, vous donnait au mois de novembre dernier, l'état de nos encaissements par année depuis la fondation ; mais l'année 1888 n'était pas finie. Le tableau ci-dessus donne les chiffres complets des cinq premières années.

L'exercice courant compte déjà à son actif une recette de 30,310 fr. 69 c. L'échéance de septembre est de 5,296 fr. 75 c. Nous aurons à encaisser d'ici la fin de décembre une somme *minima* de 3,593 fr. 95 c., pour intérêt de nos valeurs. Les encaissements de 1889 osciileront donc aux environs de 40,000 francs, chiffre normal.

Vous voyez par ce tableau, Messieurs, que nos recettes se maintiennent toujours à peu près au même chiffre. Elles n'augmentent ni ne diminuent. D'un côté les intérêts de nos valeurs vont toujours en croissant, 1,500 francs environ d'augmentation par an ; d'un autre, quelques démissions, heureusement peu nombreuses, des morts, hélas ! trop nombreuses celles-là, bien que prévues dans une Association comme la nôtre et fatales ; le triste état des affaires et de la fortune publique, qui force quelques-uns de nos confrères à demander des délais pour leurs versements, toutes causes qui viennent diminuer nos recettes ; des adhésions nouvelles qui grossissent notre nombre et comblent nos vides. Et de tout ce qui précède, il résulte qu'il se fait dans nos recettes une sorte de balancement d'année en année et que leur chiffre subit un mouvement d'oscillation pour ainsi dire constant, avec cependant une légère précession.

Puisque j'ai parlé des morts, je veux vous exposer, Messieurs, une opération financière que nous a obligés de faire le décès d'un de nos collègues. Dans le courant de janvier 1888, M. le Dr Barbry (de Wattrelos, Nord) m'écrivait pour me dire que son état de santé ne lui permettait plus l'exercice de sa profession et demandait à diminuer le taux de sa cotisation. Au mois de mars, son état s'était aggravé ; il m'en faisait part ; l'incapacité de travail était devenue complète. Enfin, il demandait formellement le remboursement des cotisations versées, invoquant les articles 19 et 21 de nos Statuts.

L'état de notre malheureux confrère était si grave, en effet, qu'il succombait le 25 avril.

En vertu des articles 19 et 21 de nos statuts (1), le Comité-Directeur prenait, le 3 novembre dernier, la délibération suivante :

« Dans sa séance du 3 novembre dernier, le Conseil a décidé que les sommes déposées par M. Barbry, décédé postérieurement à la demande en date du 19 avril 1888, seront remboursées à sa femme avec les intérêts composés à 4 0/0 et s'élevant à la somme totale de 2,496 fr. 90 ; à la date du 19 avril, le Dr Barbry se reconnaissait incapable de continuer la pratique de son art et réclamait l'application des articles 19 et 21. » (Extrait du procès-verbal de la séance.)

Le Secrétaire du Comité, Dr DELEFOSSE.

Par sa lettre en date du 19 décembre, Me Vahé, notaire à Roubaix, m'envoyait copie de la délibération du Conseil.

Je prenais immédiatement les mesures nécessaires et, le 25 décembre, Me Vahé répondait en ces termes à mon envoi de fonds ;

(1) Art. 19. — A dater de 1894, les adhérents qui, après trois ans au moins de participation, tomberont dans l'incapacité absolue et permanente de continuer l'exercice de leur profession, pourront, sur leur demande justifiée et après avis favorable du Comité-Directeur, se voir attribuer annuellement par l'Assemblée générale, une pension dont le titre ne pourra excéder celui de la pension totale type ou de la retraite souscrite.

Art. 21. — Si l'un des deux cas prévus par les articles 19 et 20 se présente pendant les dix premières années d'existence de la Société, la Caisse remboursera au participant ou à la veuve participante la totalité de ses versements, avec intérêts composés calculés au taux de 4 %.

Roubaix, le 24 décembre 1888.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de l'envoi en un chèque sur le Crédit Lyonnais, succursale Roubaix, de la somme de 2496 fr. 90 c., formant le montant du compte liquidé de M. Théophile Barbry, décédé, médecin à Watrelos, à la Caisse des Retraites du Corps médical. Ci-inclus le reçu de cette somme, que j'ai libellé selon votre demande.

Veuillez agréer, etc. VAHÉ.

Étude de Me Vahé, notaire à Roubaix.

Reçu de M. Verdalle, au nom de la Caisse des Retraites du Corps médical, la somme de 2,496 fr. 90 c., formant le montant du compte des versements effectués à ladite Caisse par M. Théophile Barbry, décédé, médecin à Watrelos.

Roubaix, le 24 décembre 1888.

Pour Me Vahé.
Le Caissier, MALBRANQUE.

J'ai tenu, Messieurs, à mettre sous vos yeux, les pièces comptables qui constatent cette opération et à vous en exposer, peut-être un peu longuement, les détails, et voici pourquoi :

C'est notre premier pas, c'est notre premier acte ; il importe beaucoup que tous ceux qui s'intéressent à notre Œuvre le connaissent ; il importe peut-être encore plus de le faire connaître à ceux qui ne s'intéressent pas à notre Œuvre ou la dénigrent.

Lorsque nous avons fondé la Caisse des Pensions de retraite du corps médical français, nous nous sommes heurtés à des objections de plus d'un genre. Les uns nous disaient que notre Œuvre ne marcherait pas. A ceux-là nous faisons la réponse la plus nette ; nous prouvons le mouvement en marchant. D'autres, que nos capitaux ne suffiraient pas à assurer des retraites. Nos chiffres répondent d'eux-mêmes à cette objection. Enfin, un grand nombre nous ont dit et nous disent encore tous les jours : Votre caisse de Retraites n'est, en somme, qu'une Compagnie d'assurances sur la vie. Vos tarifs sont à peu près les mêmes. Pourquoi donc nous adresser à vous plutôt qu'à une vieille et solide Compagnie ?

C'est à cette dernière objection que je tiens à répondre, Messieurs, et le fait que je viens de vous rapporter m'y aidera. Non, nous ne sommes pas une simple Compagnie d'assurances sur la vie. Non, nous ne faisons pas une vulgaire et simple affaire. Nous constituons une Association professionnelle, une Association de solidarité.

Qui donc m'indiquera parmi les Compagnies d'assurances, même les plus vieilles, même les plus solides, et Dieu sait que depuis quelques années les Compagnies d'assurances elles-mêmes ne sont point à l'abri de cette maladie mortelle qu'en matière financière on appelle le *krach* ; qui donc, dis-je, voudra bien m'indiquer celle qui remboursera ainsi ses versements à un assuré malade ou à sa veuve ? Vous êtes infirme, incapable de travailler, incapable, par conséquent, de verser vos primes. Croyez bien, cher Monsieur, que nous en sommes désolés ; mais nos Statuts sont formels. Nous allons arrêter votre compte et vous liquider à deux tiers de perte environ, c'est tout ce que nous pouvons faire pour vous. Tel est le langage que tiendra la Compagnie la plus généreuse.

Nous, au contraire, nous allons au-devant de notre frère malheureux, et s'il est infirme, incapable de travailler, nous lui servons immédiatement, quelque âge qu'il ait, la pension qu'il avait souscrite. Nous faisons de même pour sa veuve, si elle-même est participante.

Enfin, dans cette période décennale que nous traversons, dans ces dix premières années, dites *de formation*, nous remboursons au collègue infirme la totalité de ses versements avec intérêts capitalisés !

Vous voyez bien que la comparaison de notre Association avec une Compagnie d'assurances ne tient pas debout.

Je pourrais continuer, Messieurs, et vous montrer que les Compagnies d'assurances ont des frais considérables, quand nous n'en avons, pour ainsi dire, aucun ; qu'elles n'offrent pas toutes une sécurité absolue, tandis que nous sommes à l'abri de toute perte ; qu'enfin, elles réalisent des bénéfices que leurs actionnaires se distribuent ; donc, qu'en bonne logique, nous devons en faire nous aussi et, comme nous sommes nos propres actionnaires, ces bénéfices certains, c'est sur nous-mêmes que nous les répartirons.

Mais c'est assez, c'est trop discourir pour un simple Trésorier, qui devrait se borner à faire sonner vos écus et à étaler sous vos yeux les valeurs de votre portefeuille.

Donc cette année et depuis le mois d'avril 1888, la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français a acheté :

En avril 1888, 10 obligations foncières 1879 à lots, pour................	4.924 60
En décembre 1888, 10 obligations foncieres 1879 à lots, pour..........	4.892 »
En mars 1889, 600 fr. de rente 3 % amortissable, pour................	17.660 60
En mars 1889, 420 fr. de rente 3 % amortissable, pour................	12.459 85
En avril 1889, 30 fr. de rente 3 % amortissable, pour................	891,85
Total des achats...............	40.828 90

Nous avons donc aujourd'hui en portefeuille les valeurs suivantes :

VALEURS	VALEUR de chaq. titre		PRIX d'achat.		COURS actuel (1)		REVENU
	F.	remb. à					
29 obligations du Midi........	417	500	10.910 f	»	12.093 f	»	421 90
4,050 fr. rente 3 0/0 amortiss.	88.35	100	114.998	20	119.272	50	4.050
50 obligations foncières 1883..	390 75	500	18.268	75	19.537	50	728
50 obligations commun. 1886.	490	500	24.705	25	24.705	25	970
50 obligations Orléans........	419	500	19.568	»	20.950	»	727 50
20 obligations foncières 1879..	468	500	9.816	60	9.360	»	291
			198.266	80	205.918	25	7.188 40

Notre revenu, qui était l'année dernière de 5,847 fr. 40, s'élève cette année à 7,188 fr. 40, soit une différence de plus de 1,341 francs.

Nos valeurs ont acquis une plus-value de 7,651 fr. 45 c.

Si nous étudions en détail l'état de nos recettes

(1) Bourse de Paris, 5 juin 1889.

et de nos dépenses pour 1888-89, nous voyons que depuis le 6 avril de l'année dernière nos recettes ont été de 41,290 fr. 16 c., nos dépenses de 44,390 fr. 95 c.

Les recettes se décomposent ainsi :

Cotisations	34.113 75	
Intérêts et valeurs	7.145 65	
Profits et pertes	30 76	
		41.290 16

Voici le détail de nos dépenses

Frais généraux :

Correspondance, frais de recouvrement et de quittances	77 10		
Frais de bureau, fournitures, impressions, etc.	297 05		
Frais de déplacement	418 50		
Impression et distribution de diplômes	272 50		
		1.065 15	
Achat de valeurs :			
20 obligations foncières à lots 1879	9.816 60		
1.050 f. derente amort.	31.012 30		
		40.828 90	
Rembours. à Mme Vve Barbry		2.496 90	
			44.390 95

La Caisse auxiliaire s'augmente tous les ans de la retenue statutaire de 1 % sur la recette brute. Son avoir, qui était l'année dernière de 2,330 fr. 75 c., s'élève cette année à la somme de 2,743 fr. 73 c., soit une augmentation de 412 fr. 98 c.

Je termine, Messieurs, en mettant sous vos yeux notre bilan et notre situation au 10 juin.

BILAN AU 10 JUIN 1889.

Caisse	33.176 80	31.798 84
Caisse des pensions	343 73	»
Caisse auxiliaire	»	2.743 73
Cotisations	»	185.390 45
Frais généraux	5.977 68	20 49
Obligations du Midi	9.091 90	210 95
Rente 3 % amortissable	108.889 35	1.762 50
Obligations foncières 1883	15.850	363 75
Obligations communales 1880	21.795 25	485
Obligations d'Orléans	18.484 40	363 75
Obligat. foncières à lots 1879	9.675 85	145 50
	223.284 96	223.284 96

SITUATION AU 10 JUIN 1889.

Recettes.

Cotisations	187.887 35	
Dons à la Caisse des pensions	2.300	
Dons à la Caisse auxiliaire	650	
Profits et pertes	423 14	
Intérêts des valeurs	18.629 40	
		209.889 89

Emplois

Portefeuille :			
29 obligations Midi	11.306 55		
4,050 fr. de rente 3 % amortissab.	115.125 60		
50 oblig. foncières 1883	18.395		
50 oblig. commun. 1880	24.705 25		
50 oblig. Orléaus.	19.735 70		
20 oblig. fonc. à lots 1879	9.816 60		
		199.084 70	
Frais généraux		6.380 30	
Rembours. à Mme veuve B...		2.496 90	
Reste en caisse au 10 juin 1889		1.927 99	
			209.889 89

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance du 1er mars 1889. — Cercle de Nantes.

Présidence de M. le Dr PORSON.

17 membres sont présents.

M. le Président annonce, relativement au *service médical de nuit*, que M. le Maire a retiré sa proposition de faire verser les honoraires dus aux médecins à la caisse du Syndicat, par suite de difficultés administratives qu'il n'avait pas prévues. Les notes seront payées, comme par le passé, à la recette municipale.

M. le Maire, sollicité en second lieu par M. le Président de donner à ce service de nuit la plus grande publicité possible, a promis de faire le nécessaire.

Un nouveau fait d'exercice illégal de la médecine à la charge de Moreau (de Pont-Rousseau) a été signalé au Parquet. Une fracture du col a été traitée par des manœuvres violentes suivies de la mort du blessé.

M. le Président annonce, à ce sujet, que les plaintes seront désormais transmises directement aux tribunaux par le Bureau du Syndicat et que les noms des confrères qui auront donné connaissance des faits d'exercice illégal de la médecine ne figureront pas dans ces plaintes, si ces confrères le jugent convenable.

Une commission, composée deMM. Chachereau, Grimaud et Pérochaud, est ensuite nommée pour étudier de nouveau les modifications qu'il serait utile d'apporter dans nos rapports avec les Sociétés de secours mutuels.

Séance du 29 mars. — Cercle de Nantes.

Présidence de M. le Dr PORSON.

15 membres sont présents.

M. Pérochaud, secrétaire, donne lecture des conclusions de son travail sur les Sociétés de secours mutuels, au nom de la commission dont il est rapporteur.

« Votre commission,

Estimant que l'obligation imposée aux médecins syndiqués de ne prendre de Sociétés de secours mutuels qu'avec le mode de paiement à la visite peut être préjudiciable à certains d'entre nous ;

Estimant, d'autre part, que cette obligation peut tenir éloignés de notre syndicat les jeunes confrères désireux de prendre des Sociétés afin d'occuper les nombreux loisirs que laissent les premières années de la pratique médicale ;

Vous propose de revenir sur les décisions prises dans des séances précédentes et vous prie de voter les conclusions suivantes :

1° Tout médecin du Syndicat peut accepter de devenir à titre particulier le médecin d'une Société de secours mutuels, quel que soit le mode d'honoraires proposé par la Société.

2° Si des Sociétés veulent traiter directement avec le Syndicat médical, notre Syndicat pourra

accepter l'abonnement ; et dans ce cas, les ouvriers appartenant à la Société seront répartis à leur choix, entre les médecins consentant à les accepter. Les honoraires seront alors payés, non plus au prorata des visites faites, mais au prorata du nombre des sociétaires inscrits sur la liste remise à chaque médecin. Cette liste sera renouvelée chaque semestre, c'est-à-dire à l'époque des règlements de compte, et seule elle fera loi.

3° Pour les Sociétés appartenant déjà au Syndicat, et pour lesquelles le système à l'abonnement est encore en vigueur, le paiement des honoraires sera fait comme il est dit plus haut.

Une circulaire sera adressée aux Sociétés pour les informer de cette décision.

Le Syndicat a été consulté officieusement par un juge de paix à propos d'une note d'honoraires contestée et la note a été payée intégralement, sur l'avis conforme donné par le Bureau du Syndicat.

MM. Polo et Toché, de Nantes, sont admis comme membres du Syndicat, après le voto réglementaire.

Séance trimestrielle du 26 avril

Présidence de M. le Dr Porson.

14 membres sont présents.

Il est donné lecture de la circulaire suivante, qui a été adoptée, à l'adresse des Présidents de Sociétés de secours mutuels :

Monsieur le Président,

Nous avons l'honneur de vous informer que la Chambre Syndicale des Médecins de Nantes a décidé, dans sa dernière séance, qu'à côté du mode de paiement à la visite, elle accepterait à l'avenir les Sociétés qui en manifesteraient le désir, suivant le système de l'abonnement aux conditions suivantes :

Chaque sociétaire aura le choix de son médecin ; à cet effet une liste de vos Sociétaires dressée par vous, sera remise au Médecin désigné.

Cette liste ne pourra être revisée que tous les six mois à l'époque des règlements de comptes. Pendant cet intervalle, vos Sociétaires ne pourront en aucun cas s'adresser à un autre médecin que celui sur la liste duquel ils ont été inscrits.

Chaque semestre les honoraires seront payés au Trésorier du Syndicat. Ce dernier en fera la répartition au prorata du nombre des Sociétaires inscrits sur chaque liste.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre considération très distinguée.

Les Membres du Bureau du Syndicat :

Dr Porson, Dr Destez,
Dr Patoureau, Dr Pérochaud,
Dr Luneau,

Cette circulaire a été adressée à tous les Présidents des Sociétés de secours mutuels.

Une liste des Médecins du Syndicat consentant à donner leurs soins aux Sociétés de secours mutuels sera adressée tous les six mois aux Présidents do ces Sociétés.

Un nouveau cas d'exercice illégal de la médecine a été signalé contre Moreau fils (de Pont-Rousseau) au Syndicat de Nantes, relativement à une fracture compliquée du radius. Il a été donné suite à la plainte du Bureau et une enquête a été ouverte par M. le Juge d'instruction.

M. le Président constate que M. le Maire a tenu la promesse qu'il lui avait faite au sujet de la publicité à donner au service médical de nuit. Tous les journaux de Nantes viennent de faire connaître au public la nouvelle liste des Médecins qui veulent bien faire ce service, ainsi que les dispositions administratives destinées à en assurer le bon fonctionnement.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. Abeille demandant à faire partie du Syndicat ;

Une lettre de M. O'Neill (de Port-Saint-Père) donnant sa démission pour cause de maladie.

Il est décidé par la Chambre qu'un bulletin trimestriel sera publié désormais et communiqué à la *Gazette médicale de Nantes*.

Le Secrétaire général,
Dr Luneau.

Le Secrétaire des séances,
Dr Pérochaud.

REPORTAGE MÉDICAL

Le congrès d'hygiène et de démographie s'ouvre le 4 août à l'école de médecine, il promet d'être nombreux et très brillant.

Un jeune étudiant en médecine, M. P. *Becquet*, vient de succomber aux suites d'une piqûre anatomique, dans le service de M. Richet de l'Hôtel-Dieu.

On vient d'inaugurer dans le 13e arrondissement le *dispensaire* que M. *Edouard André* a créé au moyen de la vente de ses bijoux qui ont produit la somme de 400.000 francs. Médecin, le Dr Polguère.

Le Conseil municipal a créé dans le 15e arrondissement une station de voitures spéciales pour le *transport des contagieux*.

Un concours public est ouvert à Paris sur cette question « *organisation des bureaux de bienfaisance, service médical et pharmaceutique* ». Prix 1000 fr. Envoyez les manuscrits à l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

On a inauguré le 22 juillet la *maison de retraite de Galignani* frères, qui par testament ont consacré plus d'un million à la seule construction de la maison, boulevard Bineau. Cent pensionnaires y seront admis, dont 50 sans payer la rétribution de 500 fr. Nous croyons que les médecins peuvent y être admis, puisque le testament dit : « Dix anciens libraires, vingt savants français, vingt hommes de lettres, artistes, leurs pères et mères, veuves ou filles ». Le Budget annuel est de 264.000 fr. Le Directeur est M. Joret, directeur de Beaujon.

Le congrès de l'*Assistance publique*, ouvert le 24 juillet sera clos demain 4 *août*. C'est la première fois qu'on aura vu un semblable congrès en grande partie administratif. Nous sommes certains qu'il fournira d'heureux enseignements.

Madame *Vincent* vient de fonder un prix de mille francs pour une étude sur « l'angine de poitrine symptomatique d'une lésion organique du cœur, et sur l'artério-sclerose ». Demander les renseignements à la Société médicale des hôpitaux.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année N° 32 10 Août 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

L'Indemnité en cas de maladie devant l'Association générale.

Dans son compte-rendu de l'Association des médecins de la Gironde, le *Journal de médecine de Bordeaux* s'exprime en ces termes :

« Deux vœux au sujet de l'*indemnité de maladie* ont été exprimés par l'*Association de l'Oise* et par celle de *la Gironde*. Ces vœux diffèrent par leur économie. Celui de la Gironde est ainsi formulé : « La Société de la Gironde, convaincue des avantages que procurerait au Corps médical *la création d'une Caisse d'assurance mutuelle contre la maladie*, émet le vœu que le Conseil général de Paris veuille bien mettre la question à l'étude le plus tôt possible. »

Celui de la Société de l'Oise demande « qu'il soit fait une étude approfondie des voies et moyens qui permettraient de délivrer aux membres de l'Association *une indemnité en cas de maladie*. »

Tel est le texte adopté en Assemblée générale ; mais, comme il pourrait rendre mal la pensée de ses auteurs, M. le Président de la Société de l'Oise lui a donné une forme explicite : « L'Association générale, Société de secours mutuels, délivrera l'indemnité de maladie à ses sociétaires, comme le font toutes les Sociétés de secours mutuels. »

Vous entendez bien : comme le font toutes les Sociétés de secours mutuels ! En bon français : l'Association a de trop larges envolées, il faut lui rogner les ailes. »

M. le Dr R. Saint-Philippe appréciait d'ordinaire d'une façon plus bienveillante nos tendances.

Tous nos actes, tous nos écrits prouvent, que si nous ne sommes pas les admirateurs en toute occasion de l'Association générale, nos critiques ne sont jamais dictées que par un sentiment louable.

Nous estimons que, puisque l'Association générale est une *société de secours mutuels*, elle ne s'abaissera en aucune façon, elle n'aura pas moins d'envergure dans son vol, le jour où elle trouvera le moyen de délivrer à ses sociétaires l'indemnité de maladie.

Nous pensons, *avec l'immense majorité de nos co-sociétaires*, qu'une réserve *de plus de deux millions* est plus que suffisante ; qu'il est préférable de consacrer, désormais partie des cotisations et partie des revenus à l'œuvre essentielle des sociétés mutuelles : la *délivrance aux médecins malades d'une indemnité journalière en cas de maladie*, au moyen d'une élévation, aussi minime que les calculs le prouveront de la cotisation statutaire de 12 fr.

Nous avons exposé aux membres du Concours et à nos lecteurs notre opinion à ce sujet : nous leur avons dit que l'Association générale avec son cadre, son personnel, les ressources des sociétés locales, avait les éléments de l'organisation la plus économique, se traduisant, par conséquent par la cotisation la moins élevée.

Le *Président général* de l'Association qui aura le premier l'honneur de faire accepter et d'inaugurer la *délivrance de l'indemnité de maladie aux médecins* rendra plus de

services à la profession que les fondateurs de l'Association eux-mêmes,

Nous souhaitons cet honneur à M. le président Henri *Roger*.

Le jour où il l'aura mérité, il n'y aura pas assez d'éloges pour lui, et nous qui l'aurons engagé dans cette voie, nous ne mériterons sûrement plus le reproche que nous adresse l'honorable M. R. Saint-Philippe, lorsqu'il nous dit, en bon français, que l'*Association a de trop larges envolées et que nous voulons lui rogner les ailes* ! !

Allons, cher confrère, vous n'avez pas assez réfléchi : vous nous avez prêté de mauvaises intentions. C'est mal nous juger ; c'est ignorer notre passé.

Voilà 25 années que l'Association vole de ses propres ailes, toujours dans le même sens ; il est temps qu'on lui indique une autre direction, déterminée par ses statuts.

Aidez-nous à démontrer qu'elle peut réussir dans l'organisation que nous lui avons proposée. Si on venait à reconnaître qu'elle est impuissante à se dégager de ses tendances actuelles, il serait temps alors, comme nous le disions aussi à la dernière *Assemblée générale des membres du Concours médical*, de lui prouver le mouvement en marchant ; autrement dit : de créer, en dehors d'elle, une *Caisse d'indemnité de maladie*, comme nous avons créé une *caisse de retraite du corps médical*, avec votre assistance et celle de nos confrères de la Gironde.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les Congrès.

Les congrès se succèdent ces jours-ci avec une telle rapidité, quand ils ne se tiennent pas simultanément, qu'il ne faut pas songer à en faire le compte rendu au fur et à mesure.

Quand ils seront terminés, nous en extrairons la substance et apprécierons les résultats qu'ils ont donné.

A l'issue du congrès de thérapeutique, M. Dujardin-Beaumetz, qui avait présidé une des sections, a offert à ses collègues de l'étranger et de la France une superbe soirée artistique.

Mode d'emploi de la saccharine (1).

M. C. *Paul* et M. *Marfan* ont constaté que, si la saccharine jouit de propriétés antiseptiques très nettes, comme M. Paul l'a signalé le premier, son pouvoir antiseptique diminue par l'addition des alcalins et augmente de plus en plus à mesure que la saccharine est de moins en moins alcalinisée. Il résulte de là une application thérapeutique évidente. Lorsqu'on voudra employer la saccharine comme substance sucrante et non comme antiseptique chez les diabétiques, il faudra absolument y joindre une égale proportion de bicarbonate de soude. Si, en effet, la saccharine n'était pas alcalinisée, les fermentations digestives seraient entravées et on aurait à craindre le retard de la digestion et les maux d'estomac dont se sont plaint certains diabétiques.

Au contraire, quand on voudra obtenir une action antiseptique énergique, on emploiera la saccharine pure en poudre. Toutefois, lorsqu'il s'agit du microbe de la putréfaction, du microbe de la

(1) Académie de médecine, 30 juillet.

FEUILLETON

L'enterrement du docteur X... à Paris.

Le docteur X... est mort, à la grande, très grande joie du Dr Y..., l'un de ses voisins. La famille a bien fait les choses ; ses funérailles ont été.... convenables, quoique cela coûte fort cher pour être expédié proprement. On le conduit sur un corbillard, couvert de fleurs, comme c'est la mode, vers les ifs de la principale nécropole, vers ce qu'on est convenu d'appeler le champ du repos, quoique ce soit le siège de prédilection des saturnales démocratiques.

Le ciel nébuleux s'harmonise avec la gravité de la cérémonie : il s'est drapé de deuil, comme le sanctuaire, et semble accentuer la mélancolie des personnes qui suivent le cortège. — Voyons donc si l'état des esprits correspond à cette apparence. Il est facile de recueillir des fragments de conversation, en se mêlant à la farandole funèbre.. Je les note, sans commentaires : — ....

....

Côté des parents. — As-tu encore de la monnaie ? Moi, je suis à sec... Tu sais qu'il y aura de nouveaux pourboires à donner au cimetière ?

Côté des amis. — Ça n'a pas été long. Dieu sait pourtant s'il tenait à sa guenille. Il la soignait en véritable épicurien, qu'il était. — Méchant, il se conservait pour ses malades, voilà tout.

Parmi les confrères. — Il paraît qu'il avait toute la clientèle du quartier ; ses plus proches collègues, entr'autres, Chose... Machin — tu sais bien....! sont capables d'illuminer, ce soir.

Rang des intimes. — Je sais pertinemment qu'il laisse une fortune assez rondelette ; ses enfants ne sont pas à plaindre. L'aîné, qui est animé de bonnes dispositions et commence à bien aller, poura s'offrir des consolations... brunes et blondes à la fois.

Oh ! il a de qui tenir, puisque son père professait ouvertement qu'un ménage est une si douce chose, qu'on en a presque toujours deux. — Pour plus de sûreté, il a fait son paradis en ce monde !

C'était probablement une de ses anciennes cette femme hors d'âge, que nous avons remarquée à la sortie. Ses larmes faisaient couler son maquillage et son deuil ressemblait à un déguisement.

— *Dans la voiture du clergé* (d'après La Fontaine) :

Un mort s'en allait tristement
S'emparer de son dernier gîte.
Un curé s'en allait gaîment
Enterrer ce mort au plus vite.
....
Monsieur le mort, j'aurai de vous
Tant en argent et tant en cire ;
Et tant en autres menus coûts.
....

suppuration et de tous les microbes qui vivent dans la bouche, la proportion de 2 parties de bicarbonate de soude pour 3 de saccharine permet d'arrêter le développement de ces microbes.

Cette addition du bicarbonate de soude à la saccharine la rendra soluble et en fera un dentifrice précieux.

Traitement des pleurésies infectieuses (1).

M. *Juhel-Renoy* avait pratiqué avant MM. Potain et Moizard les injections de chlorure de zinc dans les pleurésies infectieuses ; c'était chez des tuberculeux, et M. Renoy avait choisi le chlorure de zinc à titre d'antiseptique. Il a depuis modifié son procédé ; il emploie toujours le chlorure de zinc, mais d'une autre manière. Au lieu d'injecter une petite quantité d'une solution à titre élevé, il injecte une solution tiède de chlorure de zinc à 1 0/0 en quantité égale à celle du liquide pleurétique retiré par la ponction.

Il a obtenu un résultat excellent dans une pleurésie purulente consécutive à une pneumonie, mais échoua dans deux autres où l'empyéme même n'a pas empêché la mort.

M. *Sevestre* a vu se développer chez un enfant de 7 ans, quelques jours aprés la guérison d'une pneumonie, une pleurésie insidieuse avec épanchement assez abondant pour nécessiter la ponction, puis l'empyème. On trouva des pneumocoques. La pleurésie était enkystée en plusieurs loges, la fièvre était modérée, oscillant entre 38° et 39° malgré la purulence de l'épanchement. Ces deux phénomènes seraient caractéristiques des épanchements à pneumocoques. Bien que M. Netter ait établi que ces pleurésies guérissent spontanément par vomiques 26 fois sur 100, M. Sevestre crut plus prudent de ponctionner et comme par suite de l'enkystement la plèvre n'était pas vidée, de faire l'empyème suivi de quelques lavages avec une solution de sublimé, en ayant soin de faire ensuite plusieurs lavages avec de l'eau stérilisée pour prévenir l'intoxication mercurielle.

M. *Cadet de Gassicourt* ne trouve pas que la recherche des bacilles ait jusqu'ici fourni des indications à l'opportunité de l'empyème. Dans le cas de M. Sevestre une pleurésie à pneumocoques que M. Netter considère comme devant guérir par simple ponction a nécessité l'empyème. Dans un cas de M. Cadet de Gassicourt une pleurésie séro-purulente à streptocoques où M. Netter croyait l'empyène nécessaire a guéri par une seule ponction.

(1) Société médicale des hôpitaux.

Traitemnet médical antiseptique des kystes hydatiques.

M. *Juhel-Renoy* relate un cas de guérison de kyste hydatique du foie par ponction suivie de deux lavages de la poche avec 125 et 150 grammes de liqueur de Van Swieten retirés par aspiration au bout de cinq ou dix minutes. Il n'y eut qu'un peu de diarrhée et une trés légère stomatite. C'est un succès pour la méthode préconisée par M. Debove et M. Ménard (de Bordeaux). Ce traitement médical, qui mérite tout aussi bien le nom de traitement moderne que la laparotomie, est digne d'être toujours essayé avant d'en arriver à l'intervention chirurgicale ; il est dédaigné à tort par la majorité des chirurgiens, parmi lesquels cependant MM. Heydenreich et Spillmann (de Nancy) en sont partisans. La réussite est moins sûre en cas de kyste purulent.

M. Chauffard est également partisan de l'utilité de cette méthode. Il a guéri récemment, grâce à elle, une jeune fille qui avait été auparavant ponctionnée deux fois sans que la guérison se fût produite. Au lieu de liqueur de Van Swieten, M. Chauffard injecte l'eau naphtolée (150 grammes, qu'il laisse dix minutes dans la poche). M.

Il fondait là-dessus l'achat d'une feuillette
Du meilleur vin des environs.

Entre vieux camarades. — Tu iras jusqu'au Père Lachaise ?

— Oui, j'engraisse trop ; il m'avait recommandé l'exercice et c'est bien la moindre des choses que je tienne compte, aujourd'hui de ses conseils.

D'ailleurs, j'ai quelques visites à faire dans ces parages ; j'en profiterai, et, comme la cérémonie menace de se prolonger, j'espère ne rencontrer personne. Ils seront tous sortis.

— Quant à moi, je vais filer à l'anglaise et gagner la tangente, au détour de la rue. Il m'a dit tant de fois de prendre mes repas à heure fixe...

— Quelle imprudence !.. On se lève plus tôt, on sort de bonne heure ; cela creuse ; il est élémentaire de se lester auparavant.

— D'ailleurs, il paraît qu'il y aura des discours et je veux éviter la lugubre comédie qui va se jouer autour de la fosse béante, ne pas voir le monsieur en cravate blanche, qui, avec une émotion de cabotin, va débiter des fadeurs dont il ne pense pas un traître mot. — Les chants religieux et les tentures noires m'ont déjà assez énervé !

— Il est certain que tu as l'air tout triste.

— Dame, je ne suis pas sa veuve et je n'hérite pas de lui.

Deux égoïstes. — Ces brusques variations de température sont terribles. C'est vraiment inquiétant comme on s'en va, cet hiver.

— Pourvu que ce ne soit pas nous.

— Je n'en demande pas tant : pourvu que ce ne soit pas moi ! Je respecte la mort, mais j'aime encore mieux la vie ; c'est une habitude que je ne tiens pas à perdre. Je n'ai, d'ailleurs, jamais vu personne accepter avec plaisir une partie de canotage avec le nocher Caron.

C'est gentil au docteur de nous avoir précédés, nous, ses plus vieux clients, nous (convenons-en) qui ne sommes plus capables de rien, pas même d'être députés.

— Il est certain qu'il aurait pu depuis longtemps nous faire faire le plongeon. Enfin, il n'entendra plus parler de Paulus et de madame Damala.

— Oh !.. je n'en suis pas bien sûr.

Les locataires. — Oui, je ne dis pas ; c'était un honnête homme ; mais ses collègues donnent à entendre qu'il avait autant de savoir que de savoir-faire ; et puis, malgré sa grande clientèle, il n'a rien publié. Il est resté stérile comme Sarah ou certains membres de l'Institut.

Entre hommes politiques. — Certainement le scrutin de liste offrait des avantages ; mais il y a le général.... en voilà un gêneur.... il n'a pourtant rien de grand que son plumet.

— Il n'en faut pas davantage..... En voyant combien la foule fait des idoles avec peu de

Bouchard a démontré que le naphtol est un parasiticide aussi excellent qu'inoffensif.

M. Debove insiste sur les avantages de sa méthode. La petite quantité de liqueur de Van Swieten qu'on injecte n'est pas dangereuse. Les chirurgiens ont accusé à tort cette méthode de permettre les récidives. Ces prétendues récidives sont de nouveaux kystes qui surviennent ; la laparotomie ne prévient pas non plus l'évolution des autres kystes latents. Témoin le cas d'un accoucheur des hôpitaux qui, traité par la laparotomie il y a quelques années, a vu se développer ultérieurement un second kyste; pour celui-ci, il a été traité par la ponction et l'injection de liqueur de Van Swieten et ne cache pas sa préférence pour cette méthode.

M. *Juhel-Renoy* a également employé l'eau naphtolée dans un cas qui est en train de guérir ; il a vu des accidents graves (stomatite intense, diarrhée) dans un cas où le sublimé avait été employé.

M. *Sevestre* conseille de faire des lavages avec de l'eau stérilisée après l'injection mercurielle pour éviter l'intoxication.

Diabète conjugal.

M. *Debove* a observé sur 50 diabétiques cinq cas dans lesquels le mari et la femme étaient diabétiques. Cette coïncidence a été signalée par M. Lecorché et expliquée par l'usage commun d'une alimentation défectueuse ou la communauté des soucis. Mais ne pourrait-on pas se demander si le diabète n'est pas contagieux ? Il serait bon de rechercher la fréquence de ce diabète conjugal.

MM. Rendu, Labbé, Gaucher, Letulle, Gouraud, Dreyfous ont vu des cas de ce genre.

Prophylaxie de la tuberculose.

M. *Villemin* a lu à l'Académie une instruction au public, rédigée par la commission permanente du Congrès pour l'étude de la tuberculose.

« La tuberculose est, de toutes les maladies, celle qui fait le plus de victimes dans les villes et même dans certaines campagnes.

En 1884, année prise au hasard comme exemple, sur 56,970 Parisiens décédés, environ 15,000 — soit plus du quart — sont morts de tuberculose.

Si les tuberculeux sont si nombreux, c'est que la phtisie pulmonaire n'est pas la seule manifestation de la tuberculose, comme on le croit à tort dans le public.

Les médecins considèrent à bon droit, comme tuberculeuses, bien d'autres maladies que la phtisie pulmonaire. En effet, nombre de bronchites, de rhumes, de pleurésies, de gourmes, de scrofules, de méningites, de péritonites, d'entérites, de tumeurs blanches, osseuses et articulaires, d'abcès froids, sont des maladies tuberculeuses, aussi redoutables que la phtisie pulmonaire.

La tuberculose est une maladie parasitaire, virulente, contagieuse, transmissible, causée par un microbe — *le bacille de Koch*. Ce microbe pénètre dans l'organisme par le canal digestif avec les aliments, par les voies aériennes avec l'air inspiré, par la peau et les muqueuses à la suite d'écorchures, de piqûres, de blessures et d'ulcérations diverses.

Certaines maladies : rougeole, variole, bronchite chronique, pneumonie ; certains états constitutionnels provenant du diabète, de l'alcoolisme, de la syphilis, etc., prédisposent considérablement à contracter la tuberculose.

La cause de la tuberculose étant connue, les précautions prises pour se défendre contre ses germes sont capables d'empêcher sa propagation.

Nous avons un exemple encourageant dans les résultats obtenus pour la fièvre typhoïde, dont les épidémies diminuent dans toutes les villes où l'on sait prendre les mesures nécessaires pour empêcher le germe typhoïdique de se mêler aux eaux potables.

Le parasite de la tuberculose peut se rencontrer dans le lait, les muscles, le sang des animaux qui

---

chose, je ne m'étonne plus que Dieu ait créé l'homme avec rien.

Un boursicotier pressé. — Ça n'en finira donc pas ; voilà près d'un quart d'heure que je suis arrêté par le cortège.... Et l'on ose dire que les morts vont vite !

Une vieille dame, à chapeau caricatural, à catarrhe et à toutou. — Elle se mouche avec un bruit qui fait songer involontairement à la trompette de Jéricho ou à celle du jugement dernier: — C'est plus fort que moi, chaque fois que j'en vois passer un, cela me rappelle malgré moi mon pauvre défunt !

Les loustics, sur le trottoir. — Ah! c'est le Dr X., qu'on enterre. L'administration devrait bien lui donner pour rien une concession à perpétuité ; il a procuré tant d'ouvrage aux pompes funèbres.

— Sais-tu la différence qu'il y a entre le défunt et Fanny ?

— Il s'est enrichi en faisant des visites et elle fait sa fortune en en recevant (Rires contenus).

Dans une voiture de dames. — Il m'a bien soigné, j'en conviens ; mais il avait une façon de vous examiner ... partout ... pour le moindre bobo, qui m'a toujours paru fort étonnante. Et puis, si on l'avait laissé faire..... je me rappelle.......

— Tiens, moi aussi !.. A-t-il dû en faire des victimes !

— Je suis sûre qu'il en savait long sur le déficit plastique de Jeanne, sur l'imposture des robes de Blanche et de pas mal d'autres, chez lesquelles tout manquerait, sans la couturière.

— Quant à Louise, va-t-elle enrager d'être condamnée au noir, qui ne lui va pas du tout ! — Elle venait justement de recevoir les toilettes à sensation, avec lesquelles elle comptait nous éclabousser.

— Quel contre-temps fâcheux !

Un cocher. — Il est vraiment dommage, puisque ce mort était un bon vivant, qu'on n'ait pas encore eu l'idée, dans la haute, de faire des repas d'enterrement. C'est très gai, chez le populaire, un bel enterrement de 30, de 40, de 50 couverts. — Il se trouve toujours un boute-en-train pour vous en conter de bonnes, au dessert. — Décidément, j'ai la pépie, cela donne soif de suivre un cercueil, comme de chasser à travers la plaine.......................................

....

....

Il ne sera donc regretté par personne, ce vieux praticien, qui a consacré le meilleur de lui-même à secourir ses semblables ? — Hélas, son chien est encore celui qui s'apercevra le plus de son absence ; il lui donnait tant de sucre !

Dr GRELLETY.

---

servent à l'alimentation de l'homme (bœuf, vache surtout, lapin, volailles).

La viande crue, la viande peu cuite, le sang, pouvant contenir le germe vivant de la tuberculose, doivent être prohibés. Le lait, pour les mêmes raisons, ne doit être consommé que bouilli.

Par suite des dangers provenant du lait, la protection des jeunes enfants, frappés si facilement par la tuberculose sous toutes ses formes (puisqu'il meurt annuellement à Paris plus de 2.000 tuberculeux âgés de moins de deux ans), doit attirer spécialement l'attention des mères et des nourrices.

L'allaitement par la femme saine est l'idéal.

La mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant; elle doit le confier à une nourrice saine, vivant à la campagne où, avec les meilleurs conditions hygiéniques, les risques de contagion tuberculeuse sont beaucoup moindres que dans les villes.

L'enfant ainsi élevé aura de grandes chances d'échapper à la tuberculose.

Si l'allaitement au sein est impossible, et qu'on le remplace par l'alimentation au lait de vache, ce lait, donné au biberon, au petit-pot ou à la cuiller, doit toujours être bouilli.

Le lait d'ânesse et de chèvre offre infiniment moins de danger à être donné non bouilli.

Par suite des dangers provenant de la viande des animaux de boucherie, qui peuvent conserver toutes les apparences de la santé alors qu'ils sont tuberculeux, le public a tout intérêt à s'assurer que l'inspection des viandes, exigée par la loi, est convenablement et partout exercée.

Le seul moyen absolument sûr d'éviter les dangers de la viande qui provient d'animaux tuberculeux, est de la soumettre à une cuisson suffisante pour atteindre sa profondeur aussi bien que sa surface : les viandes complètement rôties, ou bouillies et braisées sont seules sans danger.

D'autre part, le germe de la tuberculose pouvant se transmettre de l'homme tuberculeux à l'homme sain, par les crachats, le pus, les mucosités desséchées et tous les objets chargés de poussières tuberculeuses, il faut, pour se garantir contre la transmission de la tuberculose :

1° Savoir que, les crachats des phtisiques étant les agents les plus redoutables de transmission de la tuberculose, il y a danger public à les répandre sur le sol, les tapis, les tentures, les rideaux, les serviettes, les mouchoirs, les draps et les couvertures ;

2° Être bien convaincu, en conséquence, que l'usage des crachoirs doit s'imposer partout et pour tous.

Les crachats doivent toujours être vidés dans le feu et nettoyés à l'eau bouillante ; jamais ils ne doivent être vidés ni sur les fumiers, ni dans les jardins, où ils peuvent tuberculiser les volailles, ni dans les latrines;

3° Ne pas coucher dans le lit d'un tuberculeux ; habiter le moins possible sa chambre, mais surtout ne pas y coucher les jeunes enfants ;

4° Eloigner des locaux habités par les phtisiques les individus considérés comme prédisposés à contracter la tuberculose : sujets nés de parents tuberculeux, ou ayant eu la rougeole, la variole, la pneumonie, des bronchites répétées, ou atteints de diabète, etc. ;

5° Ne se servir des objets qu'a pu contaminer le phthisique (linges, literie, vêtements, objets de toilette, tentures, meubles, jouets) qu'après désinfection préalable (étuve sous pression, ébullition, vapeurs soufrées, peinture à la chaux) ;

6° Obtenir que les chambres d'hôtels, maisons garnies, châlets ou villas occupées par les phthisiques dans les villes d'eaux ou les stations hivernales, soient meublées et tapissées de telle manière que la désinfection y soit facilement et complètement réalisée après le départ de chaque malade ; le mieux serait que ces chambres n'eussent ni rideaux, ni tapis, ni tentures, qu'elles fussent peintes à la chaux et que le parquet fût recouvert de linoléum.

Le public est le premier intéressé à préférer les hôtels dans lesquels pareilles précautions hygiéniques et pareilles mesures de désinfection si indispensables sont observées. »

Sur la proposition de M. Dujardin-Beaumetz le libellé de ces conclusions doit être discuté par l'Académie avant de recevoir son approbation.

MÉDECINE PRATIQUE

La nutrition dans l'hystérie.

La nutrition normale des hystériques normaux. — Le ralentissement hystérique de la nutrition (anurie, anorexie et vomissements hystériques).

C'est une opinion assez généralement répandue que chez les hystériques, outre tant d'anomalies du fonctionnement des organes, il existe un trouble de la nutrition par suite duquel ces individus sont capables de vivre longtemps en ne prenant qu'une alimentation insuffisante et sans tomber cependant dans la cachexie, comme cela arriverait infailliblement à d'autres malades. On a dit même pour caractériser cette anomalie que les hystériques étaient capables de vivre comme les animaux hibernants.

Il y a, dans cette croyance, une erreur et un fond de vérité, erreur en ce que la nutrition des hystériques à l'état normal, c'est-à-dire en dehors de certains accidents déterminés de leur névrose, est une nutrition normale. Mais, dans certaines conditions déterminées, il peut se produire un ralentissement de la nutrition qui offre, ainsi que l'a montré d'une façon très nette M. le professeur Bouchard, dès 1873, des connexions étroites avec les phénomènes connus sous les noms de anorexie hystérique, vomissements hystériques et même avec l'anurie, l'oligurie ou l'ischurie hystériques.

C'est surtout après la thèse de M. Empereur (1) que s'est accréditée l'opinion relative à la facilité qu'auraient les hystériques de ne s'alimenter que très insuffisamment sans que leur nutrition générale ait à en souffrir.

MM. Gilles de la Tourette, chef de clinique des maladies du système nerveux, et H. Cathelineau, interne en pharmacie de la clinique, ont repris à la Salpêtrière l'étude de la nutrition des hystériques et nous ont fait connaître déjà, dans une série d'articles du *Progrès medical*, les résultats de leurs recherches qui s'éloignent notablement des conclusions de M. Empereur.

M. Empereur s'est posé la question suivante qu'il a parfaitement formulée en ces termes : « Les fonctions de digestion, de sécrétion et d'excrétion urinaires, de circulation, de respiration, s'opèrent-elles chez les hystériques comme chez le type normal ; en un mot, les hystériques assimilent-elles et désassimilent-elles comme lui ? » La réponse ne se fait pas attendre.

« Les hystériques ont les mouvements nutritifs très ralentis : nous établirons plus tard que l'assimilation chez elles ne se fait pas parce que la désassimilation n'a pas lieu ».

Ce qu'il paraphrase, ainsi qu'il suit, un peu plus loin, en parlant comme corollaire de la conservation de l'embonpoint :

« Il y a deux manières de conserver son embonpoint. L'une qui consiste à réparer par l'alimentation les pertes que nous subissons par le travail; l'autre, qui est de beaucoup la plus économique et qui consiste à n'éprouver aucune perte et à n'avoir par conséquent rien à réparer. La première condition ne peut être réalisée par les indi-

(1) Essai sur la nutrition dans l'hystérie, Paris, 1876.

vidus qui ont une désassimilation active, en même temps qu'ils se trouvent dans l'impossibilité d'assimiler, puisqu'ils n'ingèrent aucun aliment ; ils tombent dans la consomption ; et, de cette catégorie, se trouvent un grand nombre de malades, mais surtout ceux qui sont affectés de quelques lésions graves de l'œsophage ou de l'estomac. La deuxième condition est, au contraire, admirablement observée par les hystériques, qui, ne subissant pas ou peu de pertes matérielles, ne sont point dans la nécessité de subvenir, chaque jour, aux dépenses de leur organisme. Elles ne maigrissent pas parce qu'elles ne déperdent rien, et, ne déperdant rien, il leur est inutile, sinon nuisible, de manger ; ce qu'elles ingèrent est du superflu qu'elles doivent rendre sous peine d'en être indisposées, parce qu'elles en seraient surchargées. »

Or, M. Gilles de la Tourette et M. Cathelineau s'élèvent aujourd'hui de toutes leurs forces, après expériences, contre de semblables conclusions qui feraient des hystériques des êtres absolument à part dans la série naturelle, bien au-dessous encore des animaux hibernants, puisque M. Empereur a nettement constaté qu'il n'existait pas chez ces malades d'hypothermie « leur température étant même un peu au-dessus de la normale. »

MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont scindé avec raison leur étude en deux parties : étude de la nutrition chez l'hystérique normal et dans l'hystérie pathologique.

I

L'hystérique normal est celui qui, au moment de l'observation, ne présente aucune autre manifestation de la névrose que l'ensemble des stigmates permanents qui permettent de reconnaître en lui un hystérique confirmé.

L'hystérique normal sera, par exemple, celui chez lequel on constatera une hémianesthésie sensitivo-sensorielle avec rétrécissement du champ visuel et dyschromatopsie spéciale, anesthésie pharyngée, diathèse de contracture, etc. Il demeure entendu qu'il n'est pas absolument nécessaire que tous les stigmates soient réunis chez le même sujet. Toutefois, les individus sur lesquels MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont expérimenté, étaient entrés à la clinique pour une manifestation pathologique de l'hystérie : attaques, mutisme, contracture, toux, etc., mais n'en souffraient pas au moment de l'expérimentation.

Les expérimentateurs ont encore éliminé de leurs études les malades anorexiques, l'anorexie étant décrite par tous les auteurs comme une manifestation pathologique de l'hystérie.

D'après eux, on semble avoir considérablement abusé des troubles digestifs dans l'hystérie. Au cours de ces recherches commencées depuis un an, les auteurs ont noté, ce qu'avaient parfaitement, du reste, constaté les surveillantes des salles chargées des distributions journalières, c'est que la quantité d'aliments ingérés par les hystériques normaux suffirait très bien à entretenir en parfait état de santé une personne saine ayant le même train de vie.

« Ce qui est vrai par contre, c'est que l'hystérique ne mange pas comme tout le monde ; presque constamment il existe chez lui des perversions du goût qui lui font rechercher de préférence certains aliments. Son palais anesthésique total ou partiel préfère aux préparations culinaires habituelles des mets fortement épicés ; la salade, les citrons, même les oignons crus, sont préférés aux fruits savoureux. Les condiments de toutes sortes s'adjoignent aux matériaux azotés ; mais ceux-ci n'en sont pas moins absorbés et en quantité très suffisante. Les hystériques de nos salles de femmes se préparent elles-mêmes, — on leur en donne la facilité en leur fournissant bien souvent, et sur leur demande, les aliments en nature, — une cuisine spéciale, de même qu'elles mettent à leur chapeau un ruban rouge que leur dyschromatopsie leur permet souvent d'apprécier, à l'encontre de tous les autres. Mais elles mangent très substantiellement, à de nombreuses reprises dans la journée ; c'est même, pour certaines d'entre elles, une véritable préoccupation. »

De leurs expériences basées sur la comparaison du poids des malades, de la quantité des urines excrétées, du résidu fixe, de la teneur en urée et en phosphates, les auteurs concluent que « chez l'hystérique, en dehors des manifestations pathologiques de la névrose autres que les stigmates permanents, la nutrition s'effectue normalement. Les hystériques ne constituent pas des êtres à part. Lorsque chez eux l'assimilation ou la désassimilation ne se font pas, leur organisme en supporte parfaitement les conséquences en ce qui regarde l'ensemble des phénomènes biologiques ».

II

Si l'hystérique à l'état normal n'offre pas de troubles nutritifs, il en est autrement quand surviennent certains phénomènes pathologiques. Alors on voit se produire des modifications dans l'élaboration de la matière, ainsi que M. le professeur Bouchard l'a mis si bien en lumière dans son enseignement.

L'hystérie peut faire des spasmes, des convulsions, des contractures, l'anesthésie, l'hyperesthésie, le délire ; elle peut faire aussi des troubles de la nutrition. Tous les états hystériques durables peuvent avoir comme pendant l'entrave à la production de l'urée.

Ce qu'on a remarqué d'abord, c'est ce qu'on a appelé l'anurie hystérique. Il y a des hystériques qui fabriquent fort peu d'urée. Lorsqu'on a observé en même temps des vomissements, on a eu l'idée que c'étaient des vomissements urémiques. Les faits qui étayent cette manière de voir méritent d'être critiqués ; M. Bouchard ne nie pas qu'il puisse y avoir chez quelqes hystériques des vomissements urémiques, mais il ne trouve pas que leur réalité ait été jusqu'ici établie. On a invoqué l'existence de vomissements urineux ; on a supposé que, le rein cessant de fonctionner, l'urine n'arrivant pas dans la vessie, la dépuration urinaire s'opérait par la surface stomacale ; on a cité des malades qui auraient vomi de l'urine en nature avec l'odeur caractéristique, la présence d'urée et d'acide urique. M. Bouchard croit ces faits très suspects. Il arrivait que les filles se faisaient sonder sans résultat ; puis, quand le médecin n'était pas là, elles urinaient, buvaient leur urine et la vomissaient ensuite ostensiblement. Il rapproche de ces faits les vomissements de matières fécales moulées ; il s'agit là de supercheries.

A côté des vomissements d'urine, on a cité l'oligurie, l'ischurie (l'anurie vraie est très rare), accompagnée de vomissements contenant de l'u

rée. Mais la présence d'urée dans les vomissements ne prouve rien ; tout vomissement contient de l'urée, même chez l'homme sain, qu'il ait été provoqué par l'ipéca ou que le contenu stomacal ait été retiré avec la sonde ; tout liquide stomacal renferme de l'urée en quantité pondérable, 0 gr. 30 à 0 gr. 40 pour 1000 (Juventin). La présence de l'urée dans les vomissements ne prouve donc pas qu'ils soient causés par l'urémie ; la quantité d'urée qu'on trouve dans l'estomac est le double de celle qui existe dans le sang. L'urée du sérum filtre seulement à travers les vaisseaux de l'estomac, tandis que dans le rein elle s'élimine 50 fois plus vite que l'eau.

Tous ces faits ne prouvent donc rien au point de vue de la nutrition chez les hystériques ; mais il y a des vomissements hystériques qui ont une autre signification, ce sont les vomissements alimentaires s'accompagnant d'anorexie. Il y a en effet des hystériques qui se mettent à vomir tout ce qu'elles mangent, fût-ce une cuillerée de lait ; le caractère de leurs vomissements est d'être essentiellement alimentaires, ils se produisent très peu de temps après l'ingestion des aliments qui sont rejetés sans avoir même d'odeur aigre, sans avoir subi la moindre transformation digestive. Ces vomissements s'accompagnent toujours d'anorexie ; on sait que certaines hystériques ne mangent pas, ou bien ne mangent que parce qu'on les y pousse ou pour obéir aux habitudes sociales. Ces femmes pourtant ne maigrissent pas ou maigrissent très peu ; il se fait une sorte de cristallisation de leur matière ; elles diminuent d'un ou deux kilogr. en un mois, tandis que l'inanitié perd 800 gr. par jour. Cette particularité devait ouvrir un horizon sur la nutrition des hystériques ; c'est un fait qui à lui seul démontre déjà que chez certaines hystériques les actes de la dénutrition peuvent être entravés.

Si elles ne mangent pas ou du moins si peu que quelques-unes peuvent vivre pendant des semaines, des mois, des années d'un œuf à la coque, d'une tasse à café de lait, d'un biscuit par jour, elles boivent.... de l'eau sucrée pour faire de la chaleur. Il est vrai qu'on observe chez elles une diminution considérable de la force, qui se traduit par le tremblement hystérique ; la grande trépidation hystérique est un accident qui va cliniquement de pair avec le vomissement et l'anorexie, la possibilité de ne pas manger sans perdre de poids et sans que les sécrétions soient modifiées. Ces accidents ne doivent pas être dénommés vomissements hystériques, ni anorexie hystérique ; ils dépendent d'un trouble plus profond, d'un trouble de la nutrition dont tous ces phénomènes ne sont que des manifestations épisodiques.

L'urine émise après les attaques d'hystérie a de tout temps frappé les observateurs.

Ces urines claires, aqueuses avaient déjà été indiquées par Hippocrate ; Sydenham, et après lui Van Swieten, Cullen ont répété que l'urine pauvre, aqueuse, pâle est un signe caractéristique de l'hystérie. D'après ces anciens observateurs, quand un spasme larvé se résout par des urines claires, abondantes, c'est de l'hystérie. Ils ont exagéré, il y a d'autres états nerveux qui se jugent ainsi ; mais ils avaient bien vu le fait.

Plus tard Rollo, Cruishank ont constaté que ces urines contiennent peu de matières organiques. Rayer y trouve très peu d'urée.

Quelques auteurs y ont signalé la présence de matières anomales : le sucre (Gibb, Goolden, Reynoso). Cette constatation n'a pas été confirmée, Michéa n'a pas trouvé de sucre, M. Bouchard non plus.

Mais il y a une modification dans la teneur en matières azotées. M. Gilles de la Tourette et M. Cathelineau (*Progrès médical*, 4 mai 1889) disent que les urines récoltées pendant 24 heures après l'accès sont en quantité normale ou peu augmentées, mais qu'il y a diminution de la quantité des matières solides, diminution de l'urée et de l'acide phosphorique. Toutefois il y aurait augmentation relative des phosphates terreux. Ainsi l'acide phosphorique, qui, dosé comme acide phosphorique anhydre, est environ en quantité de 3 gr. 19 par 24 h. à l'état normal, peut tomber à 1 gr. et même à moins ; mais, tandis qu'habituellement 1 partie est combinée à la chaux et à la magnésie, 3 parties étant combinées à la soude et à la potasse, après l'attaque d'hystérie le rapport tend à se rapprocher de l'unité, ou, si on veut, l'acide phosphorique des phosphates terreux ne diminue pas autant que celui des phosphates alcalins ; mais pourtant tous deux sont diminués.

Ces chiffres établissent que dans la grande crise d'hystérie il y a une modification de la nutrition, et particulièrement une moindre destruction de la matière azotée.

Cette modification, cet arrêt de la nutrition qui existe pendant l'accès, sont semblables aux troubles que M. Bouchard avait signalés à propos de cet état complexe décrit sous les noms de vomissements hystériques, anorexie hystérique, et qu'il vaudrait mieux désigner par le nom de ralentissement hystérique de la nutrition. Ces faits ont été relatés il y a 16 ans dans des leçons faites à la Charité le 1er et le 8 mai 1873, et publiées dans le *Mouvement médical* du 28 juin et du 5 juillet 1873.

Si chez quelques hystériques la nutrition n'est troublée que pendant quelques heures, pendant un jour, elle peut l'être chez d'autres pendant des semaines, des mois. La malade ne fabrique plus alors que des quantités très faibles de matières excrémentitielles et en même temps apparaissent les symptômes suivants :

Il y a perte absolue de l'appétit. Les malades vomissent tout ce qu'elles mangent et immédiatement après qu'elles ont mangé. Bon nombre cessent de manger, parce qu'elles savent qu'elles vomiront. Or, malgré la cessation de l'alimentation, elles conservent l'embonpoint. Une des malades de M. Bouchard n'avait perdu qu'un kilogramme en 28 jours. Elle urinait seulement en 24 h. 250 cc. d'une urine d'une densité très faible (1006 à 1010), caractère opposé à celui des urines oliguriques. Il y avait 2 gr. 10 d'urée par 24 h. Il n'est pas étonnant qu'elle n'ait pas maigri tout en ne mangeant pas, puisqu'elle n'éprouvait presque aucune perte. Dans la thèse d'Empereur, il y a un cas où l'urée était tombée à 0 gr. 75. En présence d'une pareille suppression des actes nutritifs on doit supposer que d'autres troubles devaient exister dans les fonctions connexes. Empereur a constaté simultanément une diminution des actes respiratoires : la quantité d'air inspiré diminue de moitié, et l'air perd moins d'oxygène en traversant le poumon. La température reste pourtant normale ; elle ne s'élève pas, mais elle ne s'abaisse qu'exceptionnellement.

Ce n'est pas une vie normale, quoique cela puisse durer des années. Les malades en question ne sont pas seulement comme certains hommes qui diffèrent de leurs voisins parce qu'ils livrent aux émonctoires moins d'urée par kilogr., comme ces vieillards chez lesquels la nutrition est ralentie dans tous ses modes, il ne s'agit plus seulement de ces variations relatives dans l'intensité de la nutrition qui s'accommodent avec la vie normale. Chez les hystériques dont la nutrition est perturbée, des troubles fonctionnels finissent par apparaître; elles ont une faiblesse croissante, du tremblement musculaire à la moindre tentative d'exercice.

Enfin un accident grave peut survenir chez ces malades, c'est la tuberculisation à laquelle prédispose toute détérioration de l'économie. On a dit qu'il était heureux pour une jeune fille phthisique de devenir hystérique, parce qu'il en résultait une transformation avantageuse de sa phthisie. En réalité cette formule n'a pas grand sens; le sens intentionnel qu'elle exprime, c'est que les phthisiques devenant hystériques détruisent moins de matière et que le marasme est moins rapide; — opinion qui est la conséquence de cette opinion fausse que la nutrition est ralentie chez les hystériques d'une façon habituelle.

La vérité est que les phthisiques qui deviennent hystériques ne se portent pas mieux; mais quelques hystériques, si elles deviennent phthisiques, ont une phthisie à évolution plus lente.

Ces malades qu'on appelle anorexiques et qui ont des vomissements hystériques deviennent phthisiques parce qu'elles subissent du fait de la diminution de la nutrition une déchéance; elles perdent de leur force de résistance soit par suite d'une détérioration chimique qui crée un milieu favorable au développement des bacilles, soit parce que les cellules, ayant une vie moins intense, remplissent moins complètement leurs fonctions de phagocytes; elles ne réussissent plus à dévorer les microbes.

La conséquence thérapeutique de la manière d'envisager l'état morbide des hystériques atteintes d'anorexie et de vomissements hystériques, qui met au premier rang des phénomènes le ralentissement de la nutrition, est différente de celle qui découlerait des autres manières de voir.

Ainsi Lasègue, considérant une variété d'anorexie hystérique comme un phénomène d'origine mentale, n'attachait guère d'importance qu'à la thérapeutique morale : l'isolement devait en faire les principaux frais.

Ceux qui estiment que les vomissements peuvent entraîner l'inanition conseilleront l'alimentation artificielle avec la sonde; et ce moyen peut devenir nécessaire à une période avancée de l'état morbide, quand l'inanition menace.

Mais avant tout il faut pratiquer l'analyse des urines, et, si on y trouve les marques du ralentissement originel de la nutrition, stimuler avant tout celle-ci par les moyens dont nous disposons pour accroître l'activité des échanges par l'intermédiaire du système nerveux : frictions sèches et aromatiques, massage, hydrothérapie, inhalations d'air comprimé, altitude, etc.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Articles de la nouvelle loi militaire qui intéressent les médecins.

Des dispenses. — Art. 23. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, jusqu'à la date de leur passage dans la réserve, les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe, de vétérinaire, ou le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine.

En cas de mobilisation, les étudiants en médecine et en pharmacie sont versés dans le service de santé.

Tous les jeunes gens énumérés ci-dessus seront rappelés pendant quatre semaines dans le cours de l'année qui précédera leur passage dans la réserve de l'armée active. Ils suivront ensuite le sort de la classe à laquelle ils appartiennent.

Art. 24. — Les jeunes gens qui n'auraient pas obtenu avant l'âge de vingt-six ans les diplômes spécifiés ci-dessus; ceux qui n'auraient pas satisfait, dans le cours de leur année de service, aux conditions de conduite et d'instruction militaire déterminées par le ministre de la guerre; ceux qui ne poursuivraient pas régulièrement les études en vue desquelles la dispense a été accordée, seront tenus d'accomplir les deux années de service dont ils avaient été dispensés.

Art. 25. — Quand les causes de dispenses prévues à l'article 23 viennent à cesser, les jeunes gens qui avaient obtenu ces dispenses sont soumis à toutes les obligations de la classe à laquelle ils appartiennent.

Art. 26. — La liste des jeunes gens de chaque département, dispensés en vertu de l'article 23, sera publiée au *Bulletin administratif*, et les noms des dispensés de chaque commune seront affichés dans leur commune à la porte de la mairie.

En cas de guerre, ils sont appelés et marchent avec les hommes de leur classe.

Les dispositions de l'article 55 leur sont applicables.

(Cet article 55 vise les obligations auxquelles est astreint tout homme inscrit sur le registre matricule, s'il change de résidence).

Elèves du service de santé militaire ou de la marine. - Art. 29. — Les élèves du service de santé militaire et les élèves militaires des écoles vétérinaires contractent, en entrant à l'Ecole, l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe ou d'aide-vétérinaire.

Ceux qui n'obtiendraient pas le grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire, ou qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal, sont incorporés dans un corps de troupe pour trois ans, sans déduction aucune du temps écoulé depuis leur entrée à l'Ecole.

Ces dispositions sont également applicables aux élèves des Ecoles de médecine navale.

Dispositions pénales. — Art. 70. — La peine prononcée contre tout homme coupable de s'être rendu impropre au service militaire, soit tempo-

rairement, soit d'une manière définitive, dans le but de se soustraire aux obligations imposées par la présente loi, est aussi prononcée contre les complices.

Si les complices sont des médecins, des officiers de santé ou des pharmaciens, la durée de l'emprisonnement est pour eux de deux mois à deux ans, indépendamment d'une amende de deux cents francs à mille francs qui peut être aussi prononcée, et sans préjudice de peines plus graves dans les cas prévus par le Code pénal.

Art. 70. — Les médecins militaires ou civils qui, appelés au conseil de revision à l'effet de donner leur avis conformément aux articles 18, 19, 20 et 27 de la présente loi, ont reçu des dons ou agréé des promesses pour être favorables aux jeunes gens qu'ils doivent examiner, sont punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans.

Cette peine leur est appliquée, soit qu'au moment des dons ou promesses ils aient déjà été désignés pour assister au conseil de revision, soit que les dons ou promesses aient été agréés en prévision des fonctions qu'ils auraient à y remplir.

Il leur est défendu, sous la même peine, de rien recevoir même pour une exemption ou dispense justement prononcée.

Ceux qui leur ont fait des dons ou promesses sont punis de la même peine.

Exercice illégal par un pharmacien.

Monsieur le Directeur,

Je vous écrivais, il y a quelques semaines, au sujet d'un nommé Vincent, pharmacien à Grenoble, poursuivi sur une plainte portée par moi au procureur de la République. Ce pharmacien avait donné à une femme de Lamontgie 60 gr. d'éther sulfurique pour 60 gr. de sirop d'éther ; de là accidents très graves.

J'ai été appelé comme témoin et je viens vous donner ce résultat (résultat pitoyable), que beaucoup de membres du Concours espèrent trouver prochainement dans le journal et que je vous prie de vouloir bien insérer.

Le pharmacien *Vincent*, qui avait déjà à son actif une condamnation à 25 fr. d'amende pour vente sans ordonnance de médicaments, a été frappé d'une nouvelle condammation de CENT FRANCS D'AMENDE ET LES DÉPENS !!

Je dois dire que le procureur a été d'une sévérité extrême et justifiée envers le sieur Vincent.

M. Vincent est établi à Grenoble depuis 1876 : gérant une toute petite pharmacie où il ne gagne pas 2 fr. par jour pour vente de remèdes, délivrés sur ordonnance, et cependant en 12 ou 14 ans il a réalisé une fortune de plus d'un million et fait construire dans les quartiers neufs de la ville un véritable hôtel. Il a mis en spécialités 3 ou 4 vieilles formules : un sirop dépuratif *Vincent*, qui est le vieux sirop de salsepareille; une injection *Vincent*, qui est la non moins vieille injection à la pierre divine ; un remède *tœnifuge Vincent*, composé de : sirop d'éther, infusion de grenadier, huile de ricin, etc., etc.. Il a lancé des prospectus qui sont un comble de charlatanisme; prospectus dans lesquels il est dit « que c'est à la suite *d'un vœu* qu'il a répandu dans le public ces remèdes qui l'ont guéri ». « *Que tous ceux qui souffrent* s'adressent à M. Vincent, rue de X, à Grenoble, y est-il dit, il leur indiquera un remède facile qui les guérira. » Pour mieux tromper son monde, il ne se dit point pharmacien de peur d'éveiller les soupçons des imbéciles qui s'adressent à lui ; le pharmacien n'apparaît que pour l'envoi. A ces envois est jointe une espèce de consultation signée D. V. Le procureur lui a demandé quel était son prénom : Auguste, a-t-il répondu. — Alors pourquoi signez-vous D. V. ? — Je signe n'importe comment, ce sont les élèves qui remplissent cette ordonnance. L'élève est appelé et témoigne que c'est sur *l'ordre* de M. Vincent qu'il signe D. V. — Ce qui simule assez : docteur Vincent, a ajouté le procureur.

Enfin on a fait appeler comme témoin un pharmacien de Grenoble, à qui le président a demandé en quelle considération il tenait M. Vincent ; ce confrère n'a rien répondu, ce qui était une bien mauvaise réponse !

Vous voyez donc quel était l'homme que ma plainte amenait devant le tribunal sous la double prévention de : 1° vente de médicaments sans ordonnance, 2° de blessures occasionnées par l'administration de remèdes.

A Grenoble, où il n'est pas aimé, on croyait à une condamnation sévère. Un de mes cousins, étudiant en droit dans cette ville, me disait qu'on parlait de cinq ans d'emprisonnement et dix mille francs d'amende : tout Grenoble savait l'affaire, la salle était pleine, les élèves en pharmacie se proposaient même de manifester, et tout est tombé à l'eau.

On a écarté la prévention de vente de médicaments, attendu, a dit le président, que la loi défend la vente *de médicaments composés* (art. 32, loi de l'an XI) et que l'éther, la décoction de grenadier, l'huile de ricin sont des médicaments simples ; — sous la prévention de blessure, etc., vu que la femme Monnier a été dangereusement malade, qu'elle serait morte sans les soins du médecin, etc., condamne le sieur Vincent à 100 fr. d'amende et aux frais.

Voilà, comme je le disais en commençant, le piteux résultat de l'affaire. Si le jugement de Grenoble se renouvelle, s'il a force de loi, les pharmaciens pourront désormais vendre tous les médicaments autres que les potions que nous ordonnons. »

Agréez, etc.

D^r B.

Responsabilité des Herboristes.

Mme H... avait fait vacciner, il y a quinze jours, son unique enfant, Albert, âgé de neuf mois. Le trouvant souffrant, elle résolut de le purger et acheta un matin de l'huile de ricin chez un herboriste, P..., et la fit prendre au bébé, dans une infusion de feuilles de menthe. Etonnée de l'odeur camphrée du mélange, elle fit part de ses inquiétudes à l'herboriste qui la tranquillisa. Pourtant, l'état du petit Albert ne fit qu'empirer, et, malgré les soins des six médecins appelés dans la journée, il succomba vers huit heures du soir. L'analyse a montré que l'herboriste, au lieu de servir de l'huile de ricin, avait donné de l'huile de camomille camphrée.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des médecins de Lot-et-Garonne.

Procès-Verbal de l'Assemblée générale du 18 octobre 1888.

Le 18 octobre 1888, sous la présidence de M. Belloc, a eu lieu à Agen, la réunion générale du syndicat. Le procès-verbal de l'Assemblée générale du 1er mars 1888 est adopté à l'unanimité après lecture.

Sont présents : MM. Belloc, Bounel, Cassius, Colombet, Cordeiro-da-Silva, Cortez, Courret, Dupérié, Escande, Fabre, Jagou, Landarrabilco, Nebout, Ricard, Samondez.

Se sont excusés par lettre et ont donné au bureau pouvoir de les représenter MM. Besse, Amblard.

A envoyé sa démission, M. Bonnard.

A refusé par deux fois le bordereau de recouvrement de sa cotisation et doit être considéré comme démissionnaire, M. Brugère.

Le nombre des sociétaires, au 18 octobre 1888, s'élève à 49.

Le tirage au sort pour désigner le délégué qui devra représenter en 1889, le syndicat de Lot-et-Garonne, à la réunion de Paris, donne le résultat suivant : 1° M. Duranthon, de Lauzun ; 2° M. Bounel, de La Sauvetat ; 3° M. Larrat, de Clairac, 4° M. Besse, de Villeréal.

L'Assemblée, s'occupant de la question de l'Assistance publique dans les campagnes, charge son délégué M. Courret de se rallier aux projets publiés par divers syndicats, et de soutenir les conclusions adoptées par les syndicats d'Indre-et-Loire, de la Vienne, et des vallées de l'Aisne et de la Vesle. Elle émet ensuite les vœux suivants :

1° Loi sur l'Assistance publique obligatoire pour toutes les communes ;

2° Loi sur la création obligatoire d'un bureau de bienfaisance dans chaque commune ;

3° Décret créant le plus tôt possible une direction de la santé publique au ministère de l'Intérieur.

Elle exprime ensuite le désir que M. Courret attire de nouveau l'attention des délégués du syndicat sur l'exercice de la Médecine civile par les médecins militaires et que cette question soit de nouveau agitée au sein de l'Assemblée de l'Union des Syndicats.

Le Trésorier prend alors la parole pour exposer la situation financière de l'Association, au 18 octobre 1888 :

RECETTES

En caisse, le 20 octobre 1887	937 70
48 Cotisations, à 10 fr. 25	492 »
1 Cotisation 1888, à 10 fr.	10 »
Total	1,439 70

DÉPENSES

Frais d'impression et d'écriture	162 15
Frais de réunion, convocations	22 25
Frais de recouvrement	15 75
Frais d'envoi de circulaires, brochures	32 50
Frais de correspondance	11 15
Cotisation à l'Union des Syndicats (année 1888)	99 15
Voyage du délégué à Paris	300 »
Total	642 95

Recettes	1,439 70
Dépenses	642 75
En caisse	796 75

Il reste en caisse, le 18 octobre 1888, la somme de 796 fr. 75.

L'Assemblée approuve la gestion financière. Elle décide que la prochaine Assemblée générale aura lieu à Aiguillon ; elle autorise le Conseil à voter des fonds pour les frais de déplacement au délégué du syndicat qui sera envoyé à Paris. Elle vote la somme de 2 francs par tête pour cotisation à l'Union des Syndicats et les fonds nécessaires pour l'impression du rapport du délégué et de la brochure publiée tous les ans par le Syndicat.

Le secrétaire donne lecture du projet des statuts pour une association médicale mutuelle, en cas de maladie temporaire. Ces statuts, conformément à la décision prise le 1er mars 1888, par l'Assemblée générale du syndicat, ont été adressés à tout le corps médical de Lot-et-Garonne.

Après discussion, l'Assemblée vote en principe l'application du projet. Elle remet à une époque ultérieure la discussion des statuts, attendant que le nom et le nombre des adhérents soit définitivement connu. MM. Colombet, Courret, Belloc, Amblard, Cortez, Landarrabilco, Cassius, donnent dans ces conditions leur adhésion à ce projet.

Le tirage au sort désigne, comme délégués des syndics :

MM. Cordeiro-da-Silva, pour l'arrondissement de Marmande ;
Dupérié, pour l'arrondissement de Nérac ;
Ricard, pour l'arrondissement de Villeneuve.

Ces délégués resteront en fonction jusqu'au mois d'octobre 1889.

M. Bounel, de la Sauvetat-de-Savères, a bien voulu accepter la mission de représenter le Syndicat de Lot-et-Garonne, à la réunion de l'Union des Syndicats, à Paris, au mois de novembre 1889.

CHAMBRE SYNDICALE POUR 1889 :

MM. Belloc, président ;
Cortez, syndic de l'arrondissement d'Agen ;
Courret, — de Marmande ;
Landarrabilco, — de Nérac ;
Gaumétou, — de Villeneuve ;
Cassius, secrétaire-trésorier.

DÉLÉGUÉS :

MM. Cordeiro-da-Silva, délégué du syndic de Marmande ;
Dupérié, — de Nérac ;
Ricard, — de Villeneuve.

Procès-Verbal de l'Assemblée générale du 14 mai 1889.

L'Assemblée générale du Syndicat a eu lieu, à Aiguillon, le 14 mars 1889, sous la présidence de M. Belloc. Le procès-verbal de la réunion gé-

nérale du 18 octobre 1888 est adopté, après lecture.

« Sont présents : MM. Belloc, Cassius, Courret, Courrejol, Descoms, Dupérié, Landarrabilco, Mondineu, Nebout.

« Se sont excusés par lettre et ont donné au bureau le pouvoir de les représenter, MM. Colombet, de Montesquiou.

« M. le président donne la parole à M. Courret, délégué du Syndicat de Lot-et-Garonne, pour lire le compte rendu de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats qui a eu lieu à Paris, le 4 novembre 1888.

« Messieurs et chers confrères,

« Le sort m'ayant désigné pour représenter le Syndicat des médecins de Lot-et-Garonne, à l'Assemblée générale des délégués de l'Union des Syndicats, je devais :

« 1° Assister à la réunion, qui a eu lieu le 4 novembre 1888, à deux heures de l'après-midi, dans les salons du Grand-Hôtel, à Paris.

« 2° Vous rendre compte de ma mission, vous transmettre les résolutions prises et les vœux formulés afin de vous demander de sanctionner les uns et de donner votre avis sur les autres.

« La première partie de ma tâche était facile et agréable ; la seconde, je vous l'avoue, n'est pas sans me causer quelque embarras.

« En effet, la séance ayant duré de deux à sept heures, vous pouvez préjuger des nombreux discours qui ont été prononcés, dans une assemblée composée de cent hommes graves, qui n'ayant pas l'habitude de parler beaucoup et souvent en public, ont voulu se dédommager de la réserve de langage imposée ordinairement par une profession dans l'exercice de laquelle le bavardage est si nuisible.

« Les discours, vous avez pu les lire dans les journaux, le *Bulletin des Syndicats* et le *Concours médical* ; aussi, quelqu'intéressants qu'ils aient tous été, j'espère que vous me saurez gré de ne pas vous en offrir une nouvelle édition.

« La séance est ouverte à deux heures.

« Dès le début, M. le docteur Cézilly, vice-président, donne lecture d'une lettre, par laquelle le président, M. le docteur Dupuy, un des nombreux députés-médecins de la Chambre, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

« M. le docteur Dupuy nous dit qu'il s'est occupé de diverses questions et notamment de la concurrence que les médecins militaires font dans certaines villes aux médecins civils. M. Dupuy dit qu'il est impossible de mettre un terme à la concurrence, et parmi les raisons invoquées il nous en donne une qui m'a paru digne d'être relevée :

« Dans certaines localités, la population serait privée de soins éclairés, si le médecin militaire venait à les refuser ». Je vous assure que si M. Dupuy eût été présent, je me serais permis de lui demander le nom de *certaines localités*. C'est peut-être vrai pour le Tonkin ou le Congo, mais en France, il ne me paraît pas bien *certain* que cette raison soit fondée et jusqu'à plus ample informé, au nom de mes confrères civils, qui paient tous de lourdes patentes, je proteste contre cette allégation qui est une défaillance *certaine*.

« N'oublions pas que M. le docteur Dupuy est député ; lorsque cette lettre a été écrite, le médecin n'y était sans aucun doute pour rien, le député seul parlait ; passe encore, s'il s'était adressé à des députés, mais à des médecins ! Constatons avec peine, mes chers confrères, que notre profession ne nous met pas à l'abri de toutes les contagions.

« Je vous demande pardon d'avoir insisté un peu longuement sur cette lettre, mais je gardais sur le cœur l'accusation portée par un des nôtres, contre ces confrères qu'il ne connaît pas et qu'il n'a pas le droit de juger si légèrement. »

La nomination du bureau donne les résultats suivants :

MM. Leroy, Président.
Cézilly, Vice-Président.
Millet et Destrem, Assesseurs.
Barat-Dulaurier, Secrétaire-Trésorier.

Le président remercie ; le trésorier lit son rapport annuel.

On passe à la discussion des questions de l'ordre du jour :

1° Ministère ou direction de la santé publique.

La discussion de cette question est soutenue par MM. Gibert (du Havre) et Lassalle (de Lormont). Dans une communication très intéressante, nourrie de faits, exposée très élégamment, M. Gibert démontre que la santé publique n'a qu'une existence nominale. Les Comités d'hygiène, créés à titre purement consultatifs, sont impuissants en temps d'épidémie s'il y a une mesure préventive à prendre, comme par exemple l'isolement d'une maison ou d'un village, le médecin des épidémies tiraillé entre le ministère de l'Intérieur et le ministère du Commerce voit son action paralysée.

La proposition suivante, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité :

« Tous les Syndicats sont invités à discuter la question de l'organisation de l'hygiène publique en France, dès leur première réunion et à faire de l'agitation autour de cette question. »

2° Assistance publique dans les campagnes.

Quelques délégués proposent la grève, pour obliger les communes à organiser l'assistance publique. M. Gibert dit qu'il importe par-dessus tout que le projet de loi de M. Floquet sur les Syndicats des communes soit voté. Il y a des communes trop pauvres pour avoir un budget de l'assistance publique.

M. Chaumier donne lecture d'un rapport sur l'organisation de l'assistance publique dans le département d'Indre-et-Loire. (Ce rapport mérite d'être lu et je vous proposerais de le prendre pour modèle le jour où l'assistance publique sera organisée dans le département de Lot-et-Garonne.)

Le président met aux voix et fait adopter le vœu suivant : « Qu'une loi oblige les communes à payer l'assistance publique, et si elles ne le peuvent pas, qu'elles aient le droit de se syndiquer. »

3° Association mutuelle en cas de maladie.

M. Lécuyer, secrétaire général du Syndicat d'Aisne-et-Vesle, donne lecture d'un projet de création d'une caisse de secours entre membres du Syndicat ; la discussion de cette question est renvoyée à la séance qui va suivre immédiatement.

4° Médecins légistes et lois de l'an XI.

Il n'a pas été pris de résolution sur cette question.

5° Nomination des médecins des hôpitaux de province.

On nomme une Commission composée de MM.

Lardier, Gibert, Bibard et Leroy, chargée d'étudier la question et de présenter des conclusions.

6° M. Gibert propose de mettre à l'ordre du jour de chaque syndicat la question suivante : « Quelle objection pourrait-on faire à l'obligation de la déclaration des maladies transmissibles ? »

(*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES.

Pilules contre la constipation.

(Professeur BALL.)

Aloès succotrin	1 gr.
Résine de scammonée / Résine de jalap / Calomel	0 gr. 50 (chaque)
Extrait de belladone / Extrait de jusquiame	0 gr. 25 (chaque)
Savon amygdalin	2 gr.

F. s. a. 50 pilules.

On en donne 3 à 5 par jour. On sait combien la constipation est fréquente et tenace chez les aliénés et les cérébraux. L'usage des laxatifs leur est indispensable et cette formule complexe donne, paraît-il, de très bons résultats.

REPORTAGE MÉDICAL

Congrès international de l'Assistance publique. — Le Congrès a été inauguré le dimanche 28 juillet, par M. le sénateur Th. Roussel, qui a prononcé un discours, ainsi que divers délégués étrangers. M. Thulié a fait un exposé des sujets soumis aux délibérations du Congrès.

Le directeur de l'Assistance publique de France, M. Henri Monod, a présenté les vues de l'Administration qui ont recueilli les applaudissements unanimes de l'Assemblée.

Nous ne pouvons que nous associer aux passages suivants de son discours :

« L'assistance publique, à défaut d'autre assistance, *est due* à l'indigent qui se trouve, temporairement ou définitivement, dans l'impossibilité physique de pourvoir aux nécessités de l'existence.

« La formule acceptée, il est facile d'énumérer les catégories de malheureux qui s'y trouvent comprises.

« En premier lieu, il y a les enfants.

« Ce sont ensuite les malades, et enfin les infirmes et les vieillards...

« Qu'a fait notre législation en faveur des enfants ?

« C'est à notre président M. Roussel que la France doit les deux lois sur la *surveillance des enfants en bas âge* et sur les enfants moralement abandonnés.

« De la loi Roussel, qui place sous la surveillance de l'autorité tous les enfants mis en nourrice en dehors du domicile de leurs parents, loi d'hygiène plutôt que d'assistance publique, je n'ai que deux mots à dire. Le premier, c'est que d'une part le résultat qu'elle a donné, là où elle a été sérieusement appliquée (la diminution immédiate de la mortalité des nourrissons), et, d'autre part, l'injustifiable, l'incompréhensible résistance qu'opposent encore certains départements à son exécution, se réunissent pour prouver la nécessité de donner à la loi un caractère obligatoire. Ma seconde observation est que, lors de cette revision de la loi de 1874, la protection organisée par elle devra être étendue à l'enfant de la nourrice au sein.

« Que l'allaitement au sein soit préférable à l'allaitement artificiel, cela n'est pas douteux. Mais on doit se garder, en encourageant l'allaitement au sein, d'encourager en même temps le sevrage prématuré de l'enfant de la nourrice. Si c'est aux dépens de la vie de celui-ci que l'on réussit à protéger celle de l'enfant assisté ou protégé, je vois bien ce que la morale y perd, mais je ne vois pas ce qu'y gagne la Société. »

M. *Bonneville*, M. *Sabran*, de Lyon, et M. *Mauriac*, de Bordeaux, expriment le vœu de l'établissement, dans chaque centre, d'une école d'infirmiers des deux sexes.

M. *Faure Sébillot*, de Londres, dit qu'en Angleterre de très nombreuses écoles de ce genre délivrent des brevets de capacité.

Divers membres parlent de l'Assistance médicale dans les campagnes, à l'étranger où la plupart du temps elle est plus ou moins organisée par une loi.

Le Congrès paraît être favorable à l'obligation en France où, dit M. Roussel, l'Assistance n'est à peu près organisée que dans 44 départements.

Congrès français de chirurgie (4e session. Paris). — Il sera inauguré le 14 août, à la Faculté, et durera jusqu'au 20 octobre.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr RICHARD, à Lille (Nord), présenté par M. le docteur Robillard, de Paris.

M. le Dr CALONNA, à Marseille, présenté par M. le docteur Saquet, de Blain.

BIBLIOGRAPHIE

Edison (sa vie, ses œuvres), par Emile DURER. — I. Mon excursion à Orange (Esquisses américaines); II. Un rédacteur de douze ans ; III. Menlo-Park ; IV. Un géant magnétique ; V. La Bibliothèque d'Edison ; VI. Le dépôt chimique ; VII Les machines ; VIII. La salle d'or ; IX. Les merveilles du phonographe ; X. Un pari original d'Edison ; XI. Le voyage d'un chant d'opéra de New-York à Philadelphie ; XII. Une révolution au tribunal ; XIII. Une exécution électrique ; XIV. Un duel électrique ; XV. Edison chez lui ; XVI. Le colonel Gouraud ; XVII. Histoire d'un cylindre phonographique ; XVIII. Une promenade à l'Exposition d'Edison, à Paris.

MARCHESSON, imprimeur, 11, rue Montyon, Paris.

Publications du *Progrès médical*, Paris, 14, rue des Carmes : *Anatomie topographique du duodénum et hernies duodénales*, par JONNESCO. — In-8° de 107 pages, avec 13 planches et 21 figures hors texte. — Prix : 3 fr.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1888, par BOURNEVILLE, COURBAIEN, RAOULT et SOLLIER. — Tome IX de la collection. Volume in-8° de LIX-92 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année — N° 33 — 17 Août 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

REVUE DE CHIRURGIE

Des tumeurs gazeuses du cou (1).

Cette monographie, basée sur la totalité des observations aujourd'hui connues de ces affections, donne une idée complète de ces faits, en réalité rares en clinique et par cela même assez embarrassants pour le praticien. Ces tumeurs gazeuses du cou proviennent d'une communication du larynx ou de la trachée avec les espaces celluleux ou inter-aponévrotiques voisins. Une assez nombreuse série de causes prédisposantes peuvent amener leur production ; telles sont les plaies de la trachée ou la rupture des espaces inter-cartilagineux de cet organe. Les ulcérations, la dilatation des glandes de la muqueuse trachéale, les altérations syphilitiques des cartilages, les rétrécissements et les abcès péri-trachéaux rentrent dans les causes pathologiques. La dilatation ou les prolongements anormaux des ventricules du larynx sont encore des anomalies qui peuvent en amener la production.

Les efforts de l'accouchement, une toux violente, quinteuse, répétée ; les cris, les chants, les efforts pour soulever de pesants fardeaux sont le plus souvent la cause occasionnelle du développement de la tumeur.

La tumeur gazeuse peut se produire de deux façons ; ou bien elle se fait dans une hernie diverticulaire de la muqueuse trachéale ou laryngée par perforation ou rupture incomplète de la paroi du canal aérifère, ou bien il y a rupture primitive de la paroi muqueuse et l'épanchement gazeux se fait dans les espaces celluleux du cou, refoulant progressivement le tissu cellulaire.

De cette façon on comprend facilement qu'il est deux formes anatomiques d'*aérocèles* : 1° à paroi kystique formée par la muqueuse distendue ou le tissu cellulaire condensé ; 2° sans paroi limitée siégeant dans le tissu cellulaire déchiré.

Ces dernières ne sont en réalité que des tumeurs emphysémateuses se conduisant comme l'emphysème ordinaire dans toutes les régions.

Les autres peuvent se développer totalement en une fois ou se faire par poussées successives ; la communication avec la trachée peut se fermer spontanément ; alors elles sont assez consistantes, sonores à la percussion, indolentes à la palpation. Si elles communiquent au contraire avec le canal aérien, elles sont molles et flasques au repos, mais augmentent rapidement de volume par les efforts, la toux, l'expiration, tandis qu'elles diminuent dans l'inspiration large, par la compression et l'extension forcée de la tête.

Les aérocèles à apparition brusque, par abcès de voisinage et sans affection chronique des voies respiratoires peuvent diminuer spontanément et même disparaître tout à fait. Les autres augmentent d'habitude ou restent stationnaires.

Ces tumeurs sont chirurgicalement curables, la compression donne de bons résultats dans les cas d'aérocèle à marche rapide, de petit volume, à petit orifice et sans paroi propre. Des bandes de diachylum, des appareils compresseurs bien faits réussissent dans ces cas.

Quand la compression ne suffit pas, on peut faire la cure radicale de la tumeur : incision de la peau, incision de la tumeur, recherche de l'orifice de communication et suture de cet orifice après simple avivement ou occlusion autoplastique, — résection partielle ou totale de la paroi de la poche — suture profonde et superficielle avec ou sans drainage suivant le choix des chirurgiens.

Quand la tumeur produit des accès de suffocation, on peut pratiquer une ponction évacuatrice, mais si les accès de dyspnée sont répétés, violents, et réellement menaçants, il faudra faire la trachéotomie.

(1) L. H. Petit, in *Revue de Chirurgie*, février, mars et mai 1889.

Coups de feu et plaies pénétrantes de l'abdomen.

Depuis la mémorable discussion soulevée à la Société de chirurgie en décembre 1886 sur les indications thérapeutiques dans ces graves traumatismes, on sait qu'on pouvait diviser les chirurgiens en abstentionnistes et en interventionnistes ; ces derniers même formaient deux catégories, les précoces et les retardants. Je désigne par ce terme ceux qui reculaient l'intervention jusqu'au début des premiers signes de la péritonite. M. Charvot, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce(1), vient de publier trois observations à la suite desquelles il se range résolument dans le camp des *interventionnistes précoces.* Nous ne voulons pas rappeler tout ce que nous avons déjà écrit sur cette question toujours palpitante, ces années dernières : nous indiquerons seulement quelques détails cliniques que M. le professeur Charvot a bien fait ressortir.

Au point de vue du diagnostic il est toujours très important de réunir l'orifice d'entrée du projectile et l'orifice de sortie par une ligne fictive, qui indique la trajectoire parcourue par la balle. On sait qu'avec nos armes modernes cette trajectoire dans l'abdomen se fait toujours en ligne droite. S'il n'y a de visible que le trou d'entrée il faut chercher à se rendre compte de sa direction, au besoin à l'aide d'une sonde bien aseptique. Se rappeler que la zone préombilicale recouvre toujours l'intestin grêle et que les plaies de cette portion du tube digestif sont les plus graves. M. Charvot ne recule pas devant la laparotomie exploratrice. Cette opération bien faite, sur la ligne médiane, ne donne pas de mauvais résultats, il vaut mieux la pratiquer quitte à ne trouver aucune lésion intestinale que de laisser passer inaperçue une plaie du tube digestif.

Les symptômes fonctionnels de ces lésions manquent souvent de précision. Le choc traumatique est très variable et peut manquer même en cas de lésions étendues de l'intestin.

Dans d'autres cas où le projectile a perforé des vaisseaux importants, les phénomènes de choc peuvent être confondus avec l'anémie hémorrhagique ; mais les signes de celle-ci augmentent peu à peu à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'accident, tandis que les phénomènes de choc s'atténuent.

Le pronostic connu des plaies de l'intestin doit peser en faveur de l'intervention précoce, les plaies de l'intestin grêle sont presque toujours mortelles, 99 % au moins, quoi qu'en disent quelques expérimentateurs qui ont observé sur des animaux soumis à un jeûne rigoureux destiné à vider leurs intestins avant l'expérience.

Les blessés meurent par choc traumatique, par hémorrhagie, par péritonite ou d'une façon plus obscure, par septicémie intestino-péritonéale. M. Charvot attribue peut-être un rôle trop important à cette complication étudiée l'année dernière par Verchère et que cet auteur ne sépare pas bien des péritonites septiques.

Quoi qu'il en soit, il faut intervenir activement le plus tôt possible après l'accident et savoir être outillé pour faire sans retard la laparotomie et les manœuvres qui peuvent la suivre, suture intestinale, lavage du péritoine, etc.

Il est bon, en effet, de rappeler que dans une consciencieuse statistique établie l'année dernière par M. le professeur Chauvel ; sur 41 laparotomies pour plaies de l'intestin par armes à feu recueillies depuis 1880, on compte 12 guérisons et 29 morts. Les 12 guérisons représentent donc plus de 1/4 de succès.

D'ailleurs dans des travaux encore plus récents que les statistiques de M. Chauvel, nous enregistrons encore quelques guérisons. Le Dr Rebulet relate dans un journal estimé de province (1) un cas de plaie pénétrante de l'abdomen par coup de corne de taureau, avec issue de la masse intesti-

(1) Étude clinique sur les coups de feu pénétrants de l'abdomen. *Revue de chirurgie*, juin 1889.

(1) *Normandie médicale*, 15 février 1889.

FEUILLETON

Le chapeau à haute forme.

Delenda est Carthago !

Madame Astié de Valsayre a organisé une propagande pour la transformation du costume féminin. — Elle soutient avec raison qu'il y aurait avantage à dégager les jambes de la femme, à raccourcir les robes qui emprisonnent le corps, sont une entrave à l'activité et s'opposent à la vivacité des allures.

Cette transformation s'opérera probablement avant peu ; on finira par s'affranchir de la routine. — C'est très désirable, au moins au point de vue de l'hygiène et pour les femmes du peuple, qui sont condamnées à la marche, par tous les temps.

Mais en même temps que la jupe courte remplacera les traînes de ces dames, véritables balais de la chaussée, il serait bien à désirer que, grâce au cosmopolitisme, qui tend à faire prédominer ce qui est pratique dans le costume masculin, on pût enfin restreindre également l'horrible chapeau à haute forme, dont tout parisien se croit obligé de s'affubler.

Le peuple souverain croit avoir démoli toutes les Bastilles ; en voilà une qui n'a pas capitulé et qui maintient à des hauteurs invraisemblables ses audacieux bastions !..

Quoi de plus incommode que ce feutre proéminent, qu'il faut garantir de toutes les avaries, et qui, malgré les précautions les plus minutieuses, se heurte au chambranle des portes, au plafond des voitures et des entresols. — Les clowns des cirques nous ont montré depuis longtemps ce qu'il faudrait faire de l'antique tuyau de poêle, en le transformant en accordéon. — Un de mes plus joyeux souvenirs d'enfance se rapporte à un acrobate qui trouvait un gibus sur tous les meubles où il voulait s'asseoir ; il l'aplatissait avec de tonitruantes détonations et il rebondissait comme une balle pour retomber sur de nouvelles pièces d'artillerie.

Je compris alors qu'il devait y avoir une arrière pensée de critique dans la tapageuse destruction de ces engins cylindriques.

Il est certain qu'ils sont grotesques, incommodes et peu hygiéniques. Leur poids seul, malgré les prospectus alléchants qui les représentent plus légers qu'un papillon, devrait les faire supprimer.

nale qui guérit sans complication après lavage à l'eau boriquée et réduction, puis suture.

Méjassons (1), dans un cas de plaie pénétrante par arme blanche, avec lésion et hernie de l'intestin, pratique la suture intestinale, réduit les viscères et ferme le ventre; guérison.

Bell (2) pratique la suture de l'intestin après laparotomie préalable pour une plaie par coup de pistolet et guérit son malade.

Nous basant sur tous ces faits, nous croyons pouvoir dire que l'abstention serait une mauvaise pratique et que devant des lésions presque fatalement mortelles il vaut mieux agir que de se fier à la nature médicatrice.

Chirurgie cérébrale. — Abcès du cerveau. — Epilepsie. — Trépanation.

Parmi les plus brillantes conquêtes de la chirurgie moderne nous pouvons ranger sans contredit l'intervention chirurgicale pratiquée sur le contenu du crâne. Bien que nos anciens n'aient pas hésité dans nombre de circonstances à perforer le crâne de leurs contemporains, nous vivions depuis longtemps dans le respect absolu pour les méninges et leur contenu. Il a fallu d'une part l'attrait donné à la pathologie du cerveau par les localisations cérébrales, d'autre part, la démonstration que l'antisepsie bien appliquée était efficace là comme ailleurs, pour faire renaître l'audace réfléchie cette fois et raisonnée des chirurgiens.

M. Terrillon (3) a récemment rapporté une observation des plus intéressantes. Un enfant de 13 ans présente d'abord les symptômes d'une fièvre typhoïde légère accompagnée d'une violente céphalalgie. Bientôt une détente de symptômes se montre et le malade ne tarde pas à accuser une douleur fixe, gravative à la tempe gauche. Une tuméfaction se montre dans cette région, puis le délire se déclare, enfin les signes très accusés d'une lésion cérébrale se manifestent, monoplégie brachiale droite, paralysie faciale moins l'orbiculaire, aphasie. M. Terrillon incise d'abord l'abcès temporal et trouve l'os dénudé. Le lendemain il applique une large couronne de trépan à gauche sur la région indiquée par les symptômes : *partie moyenne de la frontale ascendante.* La dure-mère est épaissie, et au travers il pratique trois ponctions exploratrices avec l'aiguille de l'aspirateur ; à la troisième, il trouve une certaine quantité de pus. Aussitôt, il incise la dure-mère, ouvre et nettoie l'abcès cérébral. Tous les phénomènes paralytiques disparaissent aussitôt, et pendant quelques jours le petit malade semble guéri. Mais bientôt des signes d'encéphalite aiguë se déclarent et finissent par l'emporter. Il est certain que s'il n'avait eu que l'abcès circonscrit dont l'évacuation avait donné un résultat si favorable, il aurait guéri. Il semble en outre résulter de cette observation que si l'intervention avait été plus rapide, l'extension des lésions aurait peut-être été évitée.

A la même séance de la Société de Chirurgie, M. Théophile Anger rapporte une observation analogue. Homme de 27 ans, atteint d'une ancienne fistule mastoïdienne du côté droit. A un moment donné symptômes graves, hémiplégie faciale gauche ; trépanation du côté droit, évacuation d'un abcès du cerveau contenant une cuiller de pus; guérison.

M. Lucas-Championnière, à qui revient l'honneur d'avoir retiré l'opération du trépan de l'oubli où elle était tombée, a même, chez un homme de 54 ans, été à la recherche d'un foyer d'hémorrhagie cérébrale de la zone motrice, l'a évacué et a guéri le malade qui, il est vrai, n'est pas à l'abri d'une nouvelle attaque.

Souvent la question d'intervention se pose au sujet des traumatismes crâniens. Dans cet ordre de faits il règne encore des incertitudes et les notions physiologiques des localisations semblent parfois en défaut. M. Tillaux a présenté quelques jours après

(1) *Archives de Médecine Militaire*, août 1889.
(2) *British Médical Journal*, 16 mars 1889.
(3) Société de Chirurgie, 3 juillet 1889.

Or, par une sorte d'ironie et de défi porté au bon sens public, ce sont surtout les médecins qui se parent de ce tube disgracieux ; même pendant l'été, dans les villes d'eaux, nos confrères persistent à s'en coiffer.

Il semble qu'avec l'Elbeuf noir, il doit être une partie indispensable de leur costume. Ajoute-il vraiment à leur dignité, leur donne-t-il réellement du prestige ? — Je trouve plutôt qu'il les fait ressembler à des croque-morts, ou permet de les confondre avec les dentistes et les pédicures, qui eux aussi cherchent à en imposer à la galerie par leur tenue ténébreuse.

Tous ces gens-là me font l'effet de travailleurs endimanchés, allant assister à une noce de banlieue, ou à un baptême. — Rien d'imprévu et d'invraisemblable comme les chapeaux exhibés en pareil cas. Il y en a qui sont de véritables reliques antédiluviennes, qui ont dû se transmettre de génération en génération, pour ne voir le jour que dans les grandes circonstances.

Je préférerais encore la cravate blanche et les favoris de jadis à cet épouvantail à moineaux. C'est une erreur de croire que le public soit impressionné par ce funèbre extérieur ; il sait parfaitement que l'accoutrement grotesque des médecins de Molière n'ajoutait rien à leur savoir. Ah ! certes, une tenue décente, recherchée même, ne saurait nuire ; un fils d'Hippocrate habillé en gommeux, avec une rose à la boutonnière, ferait certainement mauvais effet au lit d'un moribond ; mais il y a une juste moyenne à garder en tout, et, il n'est pas nécessaire, pour inspirer confiance et guérir son prochain, d'endosser des ulsters et des couvre-chefs... démesurés.

Les étudiants viennent de donner le bon exemple en adoptant comme coiffure le béret en velours noir, qui est vraiment pratique et même artistique. — J'espère que ceux qui les ont précédés dans la carrière comprendront à leur tour la nécessité d'une réforme, d'un nivellement général. — La transformation de nos couvre-chefs n'enlèvera rien à la vigueur des cerveaux bien équilibrés ; la dignité professionnelle n'a rien à y perdre, au contraire, car cette révolution si désirable prouvera une fois de plus que les médecins ne négligent rien de ce qui peut être considéré comme un progrès hygiénique !

Dr Grellety.

les communications précédentes (1) une observation qui semble en opposition avec cette doctrine. Il a montré le cerveau d'un homme qui après un violent traumatisme crânien présenta de l'aphasie et de la paralysie du membre supérieur droit. Or il n'y avait pas de lésion apparente de la troisième frontale, mais seulement de la contusion disséminée à la partie tout à fait antérieure des 2e et 3e frontales, au niveau de la 1re temporale et à la face inférieure du cerveau. Dans ce fait il pourrait bien n'y avoir qu'une contradiction apparente et on ne peut en juger facilement sur un cerveau conservé dans l'alcool. De plus, l'aphasie en tant que symptôme n'est point nettement définie et on sait que l'aphasie verbale a son centre sur la première circonvolution temporale qui justement ici était blessée.

Le fait de M. Kirmisson n'est pas plus démonstratif ; dans un cas de traumatisme suivi d'hémiplégie avec aphasie, il trépane et ne trouve aucune lésion circonscrite, mais un vaste foyer de contusion descendant vers la partie inférieure du cerveau et un autre foyer, par contre-coup, du côté droit, ainsi que du sang infiltré entre les circonvolutions frontales. M. Championnière pense que même dans ces cas à lésions diffuses, où les parties centrales du cerveau sont certainement atteintes, la trépanation est encore utile, car elle peut contribuer à diminuer la compression de la masse cérébrale.

Il est certain que dans ces traumatismes à lésions étendues le trépan n'aura pas à enregistrer de nombreux succès ; le type de l'intervention heureuse, en effet, répond à ce fait de M. Terrillon rapporté dans la même séance. Un jeune garçon reçoit sur la tête un morceau de fonte et présente aussitôt après un enfoncement du pariétal gauche, de l'aphasie et de la paralysie du bras droit et de la face. Le chirurgien relève le pariétal enfoncé et enlève un fragment d'os de 7 centimètres carrés. Tous les phénomènes disparaissent et le malade guérit.

Dans les cas analogues l'enfoncement d'une portion du crâne répondant nettement aux symptômes cliniques observés est toujours un guide précieux pour le chirurgien ; il commande l'intervention immédiate, et celle-ci est d'autant plus facilement suivie de succès que souvent la force vulnérante a épuisé son action sur la boîte crânienne et n'a pas produit de lésions profondes ou éloignées dans la substance cérébrale.

Il arrive aussi que des traumatismes crâniens, sans produire d'accidents immédiats longtemps persistants, provoquent à plus ou moins longue échéance des phénomènes variés : convulsions, hémiplégies, contractures, désignés sous le nom d'épilepsie traumatique. Il semble même, d'après les faits observés, que la lésion primitive de l'os a pu être minime, contusion sans fracture, et à l'examen anatomique on ne trouve qu'un épaississement plus ou moins marqué, quelquefois des adhérences limitées de la dure-mère et surtout une sclérose manifeste du diploé qui semble envahi par les tables externe et interne de l'os nettement épaissies. La thèse récente de Dumas (2), élève de M. Championnière, contient douze observations de trépanation pratiquée dans des cas de ce genre.

(1) Société de Chirurgie, 10 juillet 1889.

(2) Dumas. Trépanation dans l'épilepsie. Paris, 8 mai 1889.

Les accidents épileptiformes dataient dans ces cas de 16, 15, 14, 10, 9, ans, deux fois de 6 ans, une fois de 5, deux fois de 4 ans, une fois de 1 an et de 6 mois. Sur ces douze opérés on compte neuf succès complets, dont un après deux trépanations, deux insuccès et une amélioration très notable. Ces résultats sont encourageants ; on doit en conclure que dans les cas d'épilepsie symptomatique d'anciens traumatismes crâniens, il faut trépaner dans la région indiquée par les symptômes convulsifs comme le point de départ de l'attaque, qu'il y ait ou non à ce point une déformation crânienne, trace de l'accident primitif.

Dans ces dernières années on a encore étendu les indications de la trépanation à l'épilepsie jacksonienne non traumatique. Un habile opérateur anglais, Horsley, a préconisé le premier cette méthode thérapeutique qui ne doit encore aujourd'hui être que l'ultima ratio à employer après l'emploi de tous les moyens médicaux connus jusqu'ici ; (bromures, etc., etc.), Horsley, observant rigoureusement les débuts de l'attaque épileptique, remonte de cette constatation à la région de l'écorce cérébrale reconnue physiologiquement pour être le centre moteur dont l'excitation produit des phénomènes convulsifs semblables. Cette opération le conduit à appliquer sur la région du crâne correspondante une couronne de trépan ; à travers cette brèche, après avoir incisé la dure-mère, il pratique l'ablation de la portion d'écorce cérébrale incriminée. Il faut bien avouer que jusqu'ici les succès n'ont pas été nombreux ; une thèse récente contient toutes les observations aujourd'hui connues (1). M. le professeur Lépine (de Lyon) rapportait récemment dans la *Semaine Médicale* (2) une observation dont le détail présente un notable intérêt. Un homme de 34 ans présentait des attaques épileptiques commençant toujours par la déviation de la bouche du côté droit. Le professeur Mollière, sur l'invitation de M. Lépine, appliqua une série de couronnes de trépan, de façon à enlever quatre centimètres carrés de paroi crânienne au niveau de la partie inférieure de la frontale ascendante gauche.

On trouva un état manifestement congestif de la surface du cerveau, mais au lieu de pratiquer l'ablation d'une certaine étendue de la couche corticale, à la manière d'Horsley, on se borna à rabattre le lambeau de dure-mère et la peau, et à appliquer un pansement antiseptique. L'opération avait été faite in extremis ; néanmoins une amélioration progressive se montra, les attaques épileptiques disparurent et la guérison s'est maintenue depuis 20 mois.

Il n'est donc pas nécessaire d'enlever une portion de l'écorce cérébrale ? cela est un fait, mais comment peut-on l'expliquer. Là plusieurs hypothèses sont possibles, nous ne faisons que les énoncer, les livrant aux méditations de nos lecteurs.

La trépanation agit comme un révulsif ; on sait en effet que déjà Féré (3) a montré que des applications répétées de pointes de feu au niveau de la zone épileptogène pouvaient amener un soulagement très notable.

(1) Péchadre. — Trépanation dans l'épilepsie Jacksonienne, Th. de Lyon, juillet 1889.

(2) Lépine. — Trépanation dans l'épilepsie Jacksonienne non traumatique, *Semaine Médicale* 1889 n° 30.

(3) Soc. médicale des hôpitaux, 26 juin 1887.

Le trépan produit peut-être une diminution de la pression intra-crânienne qui a été augmentée par l'état congestif du cerveau qui accompagne toujours l'attaque.

Enfin le professeur Pierret pense que la trépanation permet l'établissement de communications nouvelles entre le système des veines intra-crâniennes et extra-crâniennes. Ces canaux vasculaires sont, en effet, plus ou moins diminués de calibre chez les épileptiques à cause de l'épaississement de la sclérose du diploé, fait que nous avons déjà signalé sur les sujets qui présentent de l'épilepsie traumatique.

L'intervention chirurgicale pour tumeurs du cerveau n'a pas encore donné de résultats très brillants. Péan, au mois de février de cette année, appelé à intervenir chez un homme de 28 ans, atteint depuis six ans d'épilepsie partielle commençant par le membre inférieur droit, appliqua une large couronne de trépan sur la partie gauche du crâne et put pratiquer l'ablation d'un néoplasme très limité que le professeur Cornil a reconnu être un endothéliome. Le malade a guéri.

Bradford a depuis trépané un homme présentant des signes de tumeur cérébrale de la partie moyenne de la région rolandique. La tumeur avait 7 centimètres de diamètre sur 4 dans un autre sens. Le malade a succombé trois quarts d'heure après l'opération.

Knapp a réuni récemment 23 faits d'opérations pour tumeur cérébrale. Quinze fois la tumeur a pu être enlevée, quatre fois des kystes ont été évacués, une fois on a trouvé la tumeur, mais on n'a pu l'enlever, trois fois on n'a pu la trouver.

La gravité pronostique de l'intervention semble varier notablement avec la région que l'on doit attaquer. Une fois c'était sur le lobe frontal, guérison; dix fois sur la région rolandique, sept guérisons, trois morts ; quatre fois sur le lobe occipital ou le cervelet, quatre morts ; quatre évacuations de kystes n'ont produit qu'une mort ; quatre fois l'opération fut seulement exploratrice, deux guérisons, deux morts. Les causes de morts relevées dans tous ces cas sont : le choc 4 fois, l'hémorrhagie 2 fois, la septicémie 2 fois ; l'œdème pulmonaire 1 fois.

En résumé, on peut dire aujourd'hui qu'un certain nombre de tumeurs cérébrales sont accessibles et peuvent être traitées chirurgicalement. Le traitement chirurgical peut guérir la moitié de ces tumeurs ; c'est déjà un beau résultat, puisque ce sont là des malades condamnés fatalement à la mort si l'on n'intervient pas.

Relevons encore, en terminant, deux faits publiés à la Société de chirurgie et ayant trait à des lésions de la boîte crânienne. Le premier (3 juillet) concerne un malade de M. Kirmisson, homme de 38 ans, qui s'était tiré un coup de revolver dans l'oreille droite. Epanchement sanguin dans la région temporale, hémorrhagie par l'oreille ; lavage et tamponnement antiseptiques. Bientôt il se produit un écoulement sanieux et surviennent des signes de paralysie faciale. M. Kirmisson trépane l'apophyse mastoïde, recherche avec l'indicateur électrique de Trouvé la situation du projectile et, dirigé par les renseignements fournis par l'ingénieux appareil, extrait le projectile et un fragment d'os ; le malade guérit. L'opérateur a, dans ce cas, mis en pratique un précepte de la chirurgie moderne recommandant de n'intervenir dans les coups de feu du rocher que d'une façon secondaire.

M. le Professeur Delorme (du Val-de-Grâce), dans un cas d'ostéite tuberculeuse du crâne, a extirpé la partie d'os malade et réséqué une portion correspondante de la dure-mère crânienne atteinte de fongus tuberculeux. Le malade a guéri.

Tous ces faits montrent qu'à l'heure actuelle le médecin ne doit pas considérer comme inutiles les interventions dirigées hardiment et scientifiquement sur le crâne et son contenu. Plus on ira, plus on sera en droit d'espérer encore une amélioration des résultats statistiques encore trop peu considérables.

Dr BARETTE.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'emploi de la cocaïne dans le traitement des affections des voies urinaires.

Lorsque l'action analgésiante de la cocaïne sur l'œil fut bien démontrée en 1884, plusieurs chirurgiens s'empressèrent de l'employer dans la lithotritie et dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, mais peu s'occupèrent de voir ce que pourrait donner cette substance anesthésique dans le traitement des cystites. Je crois avoir été l'un des premiers à étudier cette question, à continuer les recherches d'une façon suivie et dans des cas de plus en plus graves. J'ai étudié en même temps l'action de la cocaïne dans d'autres affections des voies urinaires.

Dans les rétrécissements de l'urèthre, j'ai constaté que pour obtenir à l'aide de la cocaïne une anesthésie à peu près complète, il faut avoir soin de mettre la solution calmante en contact non seulement avec l'urèthre pénien, mais aussi avec l'urèthre postérieur et le col de la vessie, ce qui ne pourra être obtenu qu'en injectant la solution de chlorhydrate de cocaïne sans sonde à l'aide du petit appareil spécial que j'ai décrit dans ma thèse. Si l'on se contente d'anesthésier uniquement la région pénienne, les malades souffrent dès que le cathéter pénètre dans la région membraneuse.

Dans la lithotritie, j'ai remarqué, comme la plupart des chirurgiens qui ont employé la cocaïne dans cette opération, que cette substance ne présente point ici les mêmes avantages que la chloroformisation, surtout si l'on doit se servir de l'aspirateur.

Dans les cystites, la cocaïne donne au contraire des résultats merveilleux. Mes premières observations ont été communiquées le 30 juin 1887 à la Société de médecine pratique. J'ai cité de nouvelles observations à cette Société le 5 avril 1888 et le 17 janvier 1889. Le 27 mai dernier, j'ai noté également, dans une communication que j'ai faite à l'Académie des Sciences, combien la cocaïne m'avait été d'un précieux secours chez l'un de nos confrères les plus distingués que j'avais guéri d'une cystite grave. Mais c'est surtout dans une leçon que j'eus l'honneur de faire l'an dernier à l'hôpital Saint-Louis, à la clinique de mon éminent maître M. Péan, et dans ma thèse, que j'ai montré les excellents résultats que donne cet agent anesthésique dans les cystites en général et, surtout dans les cystites dites *douloureuses*. J'ai démontré, preuves en mains, d'une façon irréfutable, que le traitement de choix de ces cas si graves de cystites consiste dans les injections intra-vésicales sans sonde d'eau boriquée précédées et suivies d'injections de cocaïne, et j'ai prouvé que la taille appliquée au

traitement de cette affection constitue une des erreurs chirurgicales les plus manifestes et les plus déplorables.

Pendant que je poursuivais ces recherches, auxquelles je consacrais tout le temps et toute la patience nécessaires et que je constatais des résultats de plus en plus satisfaisants, je fus un jour fort surpris de lire dans une leçon de M. le prof. Guyon sur les cystites que la cocaïne employée localement ne donne pas de meilleurs résultats que la morphine et que « chercher l'anesthésie « directe de la muqueuse vésicale, alors même « que son épithélium est modifié par l'inflamma« tion est peu réalisable ».

Les causes d'une telle erreur méritaient d'être recherchées. Je me mis donc à étudier de plus près l'action de la cocaïne et je constatai bientôt diverses particularités qui montrent que si elle n'est pas convenablement employée, elle est loin de donner en effet les merveilleux résultats que j'ai indiqués dans mes divers travaux sur ce sujet.

J'ai remarqué tout d'abord que l'action de la cocaïne est très superficielle. Si l'on produit le plus petit traumatisme, les malades souffrent. Dans les cystites douloureuses, par exemple, le simple cathétérisme reste douloureux.

J'ai noté ensuite que les instillations d'une solution très forte de cocaïne, comme le fait M. Guyon, produisent bien moins d'effets qu'une solution relativement faible, mais employée en quantité beaucoup plus considérable.

J'ai constaté encore que l'anesthésie de l'urèthre ajoutée à celle de la vessie présente un avantage très appréciable.

Enfin la cocaïne ne doit pas faire la base du traitement des cystites, comme le veut M. Guyon; elle doit surtout servir à permettre de nettoyer la vessie, de la débarrasser des produits inflammatoires et septiques qu'elle contient. Une nouvelle injection de cocaïne faite à la fin de ces séances, en déterminant le repos absolu de l'organe, la disparition de la douleur et l'amélioration subite de l'état général, ne peut encore avoir qu'une heureuse influence sur la cystite.

Pour obtenir de la cocaïne de bons résultats dans les cystites, il faut donc :

1° Anesthésier à la fois l'urèthre et la vessie ;

2° N'employer qu'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 % ou même souvent à 2 %, mais en quantité suffisante pour bien imprégner toute la muqueuse vésicale, soit 15 gr. 20 grammes de solution ;

3° Injecter cette solution dans la vessie sans sonde ;

4° Avoir bien soin de faire en même temps des injections intra-vésicales, sans sonde, d'eau boriquée, d'après le procédé que j'ai décrit dans ma thèse.

Si la cocaïne a échoué dans les cystites entre les mains de M. Guyon, cela tient uniquement à ce qu'elle n'a pas été employée dans de bonnes conditions.

L'anesthésie de la muqueuse uréthrale à l'aide de la cocaïne est encore le meilleur moyen de faire cesser le spasme de la région membraneuse qui accompagne certains rétrécissements de l'urèthre. Il en est de même dans les rétrécissements dits spasmodiques. Cela tient à ce que cette substance, ainsi que je l'ai montré dans ma communication à l'Académie des Sciences, diminue la résistance du sphincter uréthral, particularité qui facilite encore singulièrement le lavage de la vessie sans sonde dans ces cas pathologiques.

Dans les affections douloureuses de la vessie sans lésions de cet organe, c'est-à-dire dans les cystalgies ou névralgies vésicales, la cocaïne peut aussi, dans certains cas tout au moins, faire disparaître les crises douloureuses, ainsi que le spasme qui parfois les accompagne ; mais pour obtenir une guérison durable, ce sera la cause qu'il faudra trouver et traiter, comme dans les rétrécissements spasmodiques du reste. Souvent la médication principale devra être dirigée du côté du système nerveux.

Il est à noter que la cocaïne affaiblit les contractions vésicales. Cette particularité n'est ordinairement bien marquée que chez les prostatiques et chez certains tuberculeux. Bien que cette faiblesse des contractions de la vessie disparaisse souvent avant la fin d'une séance de lavages vésicaux sans sonde, il sera bon cependant de ne pas employer de trop fortes doses de cocaïne chez ces malades.

Une autre particularité des plus importantes et des plus intéressantes, c'est que la cocaïne laisse persister la sensation du *besoin d'uriner*, alors que l'anesthésie de la muqueuse uréthro-vésicale est telle que les malades pendant la miction ne perçoivent même pas la sensation du contact de l'urine. Ce n'est donc pas la sensibilité de la *muqueuse prostatique* qui joue le principal rôle dans la sensation du besoin d'uriner (Kuss et Duval), mais bien la *distension vésicale*, comme l'avait supposé M. Guyon. Je suis heureux de constater que la démonstration de ce fait physiologique est due à mes recherches sur l'anesthésie de la muqueuse uréthro-vésicale à l'aide de la cocaïne.

J'ai montré également dans ma thèse qu'après cette anesthésie on obtient la sensation du besoin d'uriner avec une quantité de liquide inférieure à la quantité d'urine nécessaire pour déterminer ce besoin la nuit pendant le sommeil. Le lavage de la vessie sans sonde peut donc être pratiqué après cette anesthésie sans crainte de produire une distension exagérée de la vessie. C'est là le point capital à noter dans l'action de la cocaïne employée localement sur la muqueuse uréthro-vésicale.

Telles sont les différentes recherches que j'ai faites sur l'emploi de la cocaïne dans le traitement des affections des voies urinaires, recherches auxquelles j'ai consacré, je le répète, tout le temps et toute la patience nécessaires. On vient de voir qu'elles m'ont permis d'éclaircir certains points, jusque-là obscurs, de la physiologie et qu'elles ont été surtout fertiles en applications pratiques. Il est désormais bien démontré que la cocaïne convenablement employée est l'un des médicaments les plus précieux qu'aient à leur disposition les chirurgiens qui s'occupent de la thérapeutique des maladies des voies urinaires.

Dr Lavaux,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Contusion de la région lombaire. — Paraplégie consécutive. — Guérison spontanée un an après.

Le 29 septembre 1886, je fus appelé chez le nommé Sc..., qui depuis deux jours n'avait pas uriné. Ce malade m'apprit que le 27 septembre il

avait fait une chute du haut d'une charrette et que le véhicule lui avait passé sur le corps. Immédiatement après cet accident, il avait éprouvé une violente douleur à la région lombaire et un engourdissement du membre inférieur gauche. Quelques heures après il ne le sentit plus. Aussi, croyant avoir la cuisse fracturée, avait-il demandé à être transporté d'urgence chez un rebouteur bien connu du voisinage. Celui-ci, après maintes manœuvres fort douloureuses, déclare à son tour, qu'il existe réellement une fracture de la cuisse. Il mène quelques tours de bande, place trois attelles minuscules sur le membre dit fracturé, et affirme qu'au bout de 45 jours le malade marchera sans appui.

Le lendemain 28 septembre, la miction commença à être pénible.

Le 29 la rétention des urines était complète. Je pratique le cathétérisme qui s'effectue aisément.

Y avait-il fracture du fémur et la rétention d'urine était-elle d'origine réflexe ? Ou bien l'inertie du membre ne devait-elle être attribuée qu'aux désordres médullaires survenus à la suite de la contusion de la région lombaire ? C'est ce que je voulus élucider sur-le-champ.

Je constatai alors qu'il n'y avait ni gonflement, ni déplacement de fragments, ni mobilité anormale, ni position vicieuse du prétendu membre fracturé. Sc., il est vrai, ne remuait point la cuisse, mais il ne pouvait pas mouvoir davantage les orteils.

Une vaste ecchymose s'étendait sur la région lombaire, les vertèbres ne présentaient aucune irrégularité. La pression de la deuxième et troisième est intolérable.

Douleur irradiée suivant le trajet des dernières paires lombaires, — suppression du réflexe plantaire et fessier gauche. Il en est de même du réflexe du pied et du tendon rotulien, — abolition complète du mouvement et de la sensibilité.

Le malade ne se rend pas compte du contact de la main et des divers objets appliqués sur le membre. Des piqûres nombreuses faites avec une épingle ne sont pas senties. Constipation opiniâtre.

6 octobre. — Formation d'une eschare sur le côté droit du sacrum.

Le membre inférieur droit est le siége de fourmillements et de crampes : par instants il semble au malade qu'on le traverse avec un fer rouge.

9 octobre. — On observe tous les signes de la paraplégie.

Novembre. — Atrophie musculaire à gauche. A droite la circonférence de la jambe a augmenté de 4 centimètres.

Persistance de la constipation et de la rétention d'urine.

Cependant, l'appétit était conservé, les digestions s'opéraient facilement. Sc. dormait bien et son état général était satisfaisant.

Décembre. — L'eschare du sacrum s'agrandit et le malade tombe dans le marasme.

Tel était son état en janvier 1887.

Tous les modes de pansement échouent sur la plaie du sacrum ; on n'a pas plus de succès dans le traitement de la paraplégie.

Au mois de mars 1887, le sacrum était complètement dénudé ; une plaie repoussante, de plusieurs centimètres de profondeur, et par laquelle se faisaient de fréquentes hémorrhagies, occupait la moitié de la région fessière droite. Le gonflement et les symptômes paraplégiques n'avaient pas changé ; l'état général seul n'avait pas empiré.

En avril, une modification se produisit du côté de la plaie qui ne s'agrandit plus et eut un aspect plus satisfaisant. Cette amélioration persista et, après des phases diverses, vers le mois de juin, des tissus de nouvelle formation commencèrent à se montrer à ce niveau.

En même temps les fonctions de l'intestin et de la vessie semblèrent vouloir se rétablir. La tuméfaction disparut presque en entier sur le côté droit. La peau des membres devient un peu sensible au contact des objets étrangers ; et l'amélioration s'accentuant, au mois de septembre, un an après l'accident, la plaie était cicatrisée et les accidents paraplégiques avaient disparu.

En mai 1888 le malade n'éprouvait qu'une légère constipation ; parfois même, lorsque les selles sont liquides, la défécation se produit sans qu'il en ait conscience. L'émission de l'urine se fait normalement, sans douleur, sans modification dans le jet. La virilité a sensiblement diminué. Les membres et le tronc ont repris leurs dimensions ordinaires. La marche est possible à l'aide d'un bâton ; le malade fait des promenades de plusieurs kilomètres sans trop de fatigue. Toutefois il se produit encore des contractures fort douloureuses, des fourmillements, des soubresauts dans les membres inférieurs. Elles sont plus accusées avec certains changements de température et se localisent alors principalement à la région fessière et à la plante des pieds. Quant à la sensibilité, elle est redevenue normale.

Dr Loupiac.

CORRESPONDANCE

Les injections d'alcool.

Maisons-Laffitte, le 3 août 1889.

Cher Directeur,

Le procédé dont parle le Dr Prévot dans le n° du 27 juillet du *Concours Médical* pour la cure de l'hydrocèle, je l'emploie depuis 1871, époque à laquelle le Dr Monod en a donné communication à la Société de chirurgie, avec l'exposé de la théorie sur laquelle il se fonde et qu'on peut lire à l'article « Sociétés savantes, n° 9213 » du journal de L. Championnière, année 1871.

Il ne s'agit pas, comme le faisait A. Richard, et avant lui, un chirurgien cité par Boyer, de vider la tunique vaginale, et d'y ajouter de suite de l'alcool.

Le procédé de Monod consiste à enlever, par le trocart, *une cuillerée à café* de sérosité et la remplacer par *la même quantité* d'alcool à 40°.

Cette pratique, répétée une ou deux fois suffit pour la guérison, quand l'hydrocèle n'est ni très ancienne ni très volumineuse ; auxquels cas, il faut y revenir plus souvent, et substituer une cuillerée à soupe à la cuillerée à café.

Il est inutile d'ajouter que ce serait en vain qu'on espérerait un bon résultat, dans le cas où l'hydrocèle serait symptomatique.

C'était l'opinion de Monod qu'on pourrait essayer ce traitement dans l'hydrorachis, les kystes de l'ovaire, l'hydarthrose, etc. Dans ce dernier cas, je l'ai deux fois employé avec succès, de même dans un cas d'hygroma.

Monod ayant, chez un individu qui portait, au devant du cou une énorme tumeur, diagnostiqué un

kyste du corps thyroïde obtint à l'aide du procédé en question une guérison complète.

Agréez, mon cher Directeur et bon confrère, avec mes remerciments anticipés pour ceci, et postérieurs pour tout le bien que vous nous faites, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués et les plus sympathiques.

Dr LICKE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins civils et médecins militaires.

Nous extrayons d'un rapport fort bien pensé et fort bien écrit de M. le Dr Moreau (de Saint-Eugène), lu à l'Association d'Alger, les conclusions suivantes :

Considérant que le médecin militaire a le même diplôme et partant les mêmes droits que le médecin civil, et que la loi ne lui interdit pas l'exercice dans la clientèle ;

Considérant qu'on ne saurait, sans injustice, exiger de l'autorité militaire qu'elle lui interdit cet exercice absolument et dans tous les cas, pas plus qu'on ne demande cette interdiction pour les professeurs de Facultés ou les médecins investis d'une fonction quelconque rémunérée ;

Considérant que le médecin militaire rend des services incontestables à la population et même à ses confrères civils, dans certains cas et notamment dans les cas d'urgence ;

Considérant que les clients ont le droit absolu de choisir le médecin qui a leur confiance, civil ou militaire ;

Considérant que les récriminations des médecins civils contre leurs confrères militaires n'ont abouti jusqu'à présent qu'à envenimer le conflit entre ces deux corps médicaux dont les relations, au contraire, devraient être d'autant plus cordiales que beaucoup de civils ont un service militaire en cas de guerre et que nombre de docteurs militaires deviennent médecins civils après leur retraite ;

Considérant que ces bonnes relations s'établiraient d'autant plus aisément que beaucoup de confrères militaires font déjà partie de l'Association générale des médecins de France ;

Considérant enfin qu'au cas où l'on renoncerait à une solution de conciliation, pour entrer dans la voie d'une hostilité déclarée, on ne saurait guerroyer avec profit isolément, mais en provoquant un mouvement d'ensemble de toutes les associations et de tous les syndicats médicaux, pour faire appel aux législateurs ;

L'Association des médecins du département d'Alger émet l'avis suivant :

Article premier. — L'Association des médecins du département d'Alger désire voir s'établir entre ses membres et leurs confrères de l'armée les meilleures relations.

Art. 2. — Si des membres de l'Association ont à se plaindre d'abus évidents de la part des médecins militaires, ils s'interdiront les récriminations violentes, mais ils signaleront leurs griefs à l'Association qui s'efforcera de leur faire obtenir satisfaction.

Art. 3. — Enfin, si après un essai loyal de ces dispositions conciliatrices, les abus continuent en trop grand nombre, il y aurait lieu de recueillir des documents authentiques, d'en constituer un dossier, et d'organiser un large mouvement au sein de toutes les Associations et de tous les Syndicats, pour saisir de la question les juridictions compétentes.

Dr MOREAU.

Questions médico-légales : à propos de l'opération césarienne post-mortem.

En 1846, une femme enceinte d'environ 6 mois mourut d'une fluxion de poitrine ; un prêtre, qui vient l'assister dans ses derniers moments, envoya chercher un médecin qui refusa de faire l'opération césarienne. Le prêtre fit alors venir un maréchal-ferrant, et, pour le décider à faire l'opération, il lui lut plusieurs passages de l'embryologie de Monseigneur Bouvier.

Le maréchal-ferrant fit une large incision, que la belle-mère de la défunte élargit avec ses mains, et on retira le fœtus mort.

Un journal reproduisit le fait et blâma vivement l'intervention du prêtre.

Un professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, de Kergaradec, prit la défense du prêtre et soutint qu'au point de vue moral et au point de vue théologique, toute personne, quel que soit son sexe, doit faire l'opération sur toute femme enceinte, qui viendrait à mourir avant d'avoir mis l'enfant au monde. Au point de vue théologique, il s'appuyait sur ce fait que la nécessité du baptême pour le salut est un des dogmes les plus essentiels de la religion catholique, et que, en empêchant de pouvoir baptiser l'enfant encore vivant, on n'observe pas le Concordat.

Cette argumentation de Kergaradec parut dans les *Annales d'Hygiène et de médecine légale*, en 1846.

En 1861, la question fut remise en discussion à l'Académie de médecine par le Dr Hatin père. Il disait que, quand l'opération est possible, le médecin se trouve placé entre sa conscience et la loi « qui veut que « tout individu dont le décès, quoique apparent, n'est « pas physiquement constaté, soit considéré comme « existant encore ».

Il demandait que la loi n'obligeât pas, comme on l'aurait voulu, le médecin à faire l'opération, mais qu'on lui laissât sa liberté d'action.

Kergaradec, membre de l'Académie, fit à cette occasion, un long discours, dans lequel il aborda le côté médical, le côté moral et le côté théologique de la question.

Selon lui, le baptême est nécessaire du moment où l'embryon est animé, du moment où l'union est accomplie « entre la substance spirituelle et la substance corporelle », et il se demande à quelle époque se fait cette union.

D'après Platon, elle se fait au moment de la naissance ; Aristote la place à 40 jours pour les garçons et à 80 à 90 jours pour les filles ; Zachias pense qu'elle se fait au moment de la fécondation, et les Facultés de Vienne, de Prague, les Universités de Reims, l'ont admis également. La Sorbonne a qualifié cette opinion : *Indubita doctrina*.

Kergaradec rappelle que Gardien a écrit que « le « plus léger signe de vie de l'enfant suffit pour lui faire donner le bienfait céleste du baptême », et que Velpeau a reconnu aussi la nécessité, dans les pays catholiques, de pratiquer l'opération pour le baptême. Aussi le professeur pense qu'elle peut être faite, et même doit être faite, à partir du quatrième mois, par *toute personne* à défaut de médecin, en employant les précautions formulées par l'embryologie sacrée, et que le prêtre lui-même peut la faire.

Laforgue, de Toulouse, envoya aussi une note à l'Académie, dans laquelle il dit que, ne pas faire l'opération, c'est commettre un infanticide par négligence ; il ajoute qu'on peut la faire à partir du 4e mois, mais qu'il faut la défendre à toute personne étrangère à la médecine et demande que, en cas d'urgence, l'autorité ait le droit de requérir le médecin.

Le Dr Depaul, qui a longuement étudié la question, veut que le médecin soit seul juge de ce qu'il a à faire et qu'il serait dangereux qu'il en fût autrement. Il fixe l'époque de possibilité de l'opération à 190 jours ou 6 mois révolus et une heure après la mort de la mère. Il faut, dit-il, avant d'opérer, s'assurer au préalable

par l'auscultation que l'enfant est vivant, qu'il ne peut être enlevé par les voies naturelles, et *enfin, n'agir qu'avec le consentement de la famille*.

Tardieu, Trébuchet, sont aussi d'avis de laisser toute liberté au médecin.

Devergie regarde la question comme très grave; car si la femme n'est pas morte, le médecin, ou toute autre personne qui aura fait l'opération, est passible des peines relatives à l'homicide par imprudence et d'une condamnation à des dommages-intérêts. Il cite un instrument inventé par le Dr Bruhier, d'Ablaincour, pour pratiquer le baptême dans l'utérus; dans ces dernières années on en a proposé un autre.

En 1833, avant le fait qui provoqua le plaidoyer de Kergaradec, une garde-malade, nommée Piraud, fit l'opération césarienne trois heures après la mort d'une femme qu'elle assistait pendant le travail, sur les instances d'un prêtre, l'abbé Girard. Tous deux furent poursuivis pour exercice illégal de la chirurgie. La cour de Grenoble, saisie par appel de la cause, décida (31 août 1833) qu'« un fait isolé ne pouvait pas constituer le délit d'exercice illégal »; mais la Cour de Cassation cassa cet arrêt, « attendu que pour constituer le délit prévu par l'article 35, il n'est pas nécessaire qu'il y ait exercice habituel de la chirurgie, qu'il suffit qu'il y ait une seule opération chirurgicale. » La femme Piraud fut condamnée, ainsi que l'abbé comme complice.

En Belgique, en 1882, le curé Blome, de Saint-Amand, fut poursuivi du chef d'exercice illégal de la médecine, pour avoir pratiqué l'opération césarienne post mortem. La Chambre des mises en accusation décida que le fait de pratiquer l'opération césarienne après le décès ne constitue pas infraction à la loi, ni ne tombe sous le coup d'aucune autre disposition administrative. Le procureur général de Gand forma pourvoi près de la Cour de Cassation; le premier avocat général conclut au rejet du pourvoi, disant que le fait isolé de pratiquer l'opération césarienne sur un cadavre ne constitue pas le délit d'exercice illégal. Déjà, en 1868, le premier avocat général Faider, avait prononcé la nullité d'une décision judiciaire qui considérait l'opération césarienne sur un cadavre, comme un délit de violation de sépulture. En France, l'opération césarienne post mortem faite par une autre personne qu'un médecin est considérée comme un acte d'exercice illégal de la médecine. Quant au médecin, lorsqu'il s'est assuré par les divers moyens, que lui donne la science, que la mère a cessé de vivre, lorsqu'il a donné avis à l'officier de l'état civil de l'urgence de l'opération, lorsqu'il a obtenu le consentement de la famille, et lorsqu'il a pratiqué l'opération, selon la recommandation expresse de tous les auteurs, comme s'il opérait sur une femme vivante, il est à l'abri de tout reproche.

Dr DELIGNY.

Nous complétons l'article de *Journal de médecine de Paris* par un autre du *Journal de médecine de l'Algérie*.

Refus de l'opération césarienne *post mortem*. — Certificat de décès pour un enfant porteur de violences.

Par M. JAUBERT, médecin de colonisation.

Je viens soumettre à la compétence et aux réflexions de mes confrères algériens les deux cas suivants, qui me sont personnels et qui à un moment donné peuvent se représenter et mettre le praticien dans l'embarras.

1° Un médecin est appelé pendant la nuit auprès d'une femme dans les douleurs de l'enfantement. Arrivé précipitamment près de la parturiente et sans avoir eu aucun renseignement préalable, il reconnaît la nécessité d'aller chercher de l'ergotine, du chloroforme et le forceps : il revient dix minutes après ; la malade ne donne plus signe de vie et malgré toutes les tentatives de respiration artificielle, de révulsions aux extrémités, etc., il ne peut que constater le décès, dû probablement à une hémorrhagie interne (*placenta prævia*). Le mari et les parents sont présents ; le médecin dit que la mort de la femme est réelle et certaine, mais que sa conscience lui commande de faire immédiatement l'opération césarienne, afin d'essayer de sauver le fœtus, si toutefois celui-ci est encore vivant (car le résultat de l'auscultation la plus minutieuse est souvent fort douteux, on ne perçoit ni souffle ni bruit fœtal). Les parents et le mari refusent absolument l'opération césarienne qui leur est proposée.

Que doit faire le praticien devant ce refus ? Quelle conduite doit-il tenir dans un pareil cas ? Les divers traités de médecine légale laissent le plus grand doute sur les droits et les devoirs de l'accoucheur. Briand et Chaudé disent bien, dans leur Traité, art. 6, § 4, page 1892, 9e édition, que tous les auteurs sont unanimes à conseiller l'opération césarienne, en supposant même que la grossesse ne soit que de 6, 7 mois, etc., et à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'un accouchement à terme, c'est-à-dire si le fœtus est arrivé au neuvième mois. Malheureusement, aucun auteur ne cite de texte de loi à l'appui de sa thèse.

D'autre part, il existe des précédents où des officiers de santé ayant, du reste, fait tout leur devoir, ont été poursuivis pour avoir fait l'opération césarienne après la mort dûment constatée de la mère, sans l'assistance d'un docteur. Un père qui refuse formellement de laisser procéder à l'opération césarienne, malgré l'affirmation de la vitalité du fœtus, après la mort de la mère, est-il coupable d'infanticide ou d'homicide par imprudence, art. 319 et suivants ? Si oui, quelle doit être la conduite de l'accoucheur ? Si non, le médecin est-il tenu de garder le secret (art. 378 du Code pénal), ou au contraire ce même article le met-il dans l'obligation d'en référer à l'autorité judiciaire ?

2° Une jeune femme de mœurs légères exhalant une odeur repoussante d'anisette se présente chez moi, à sept heures du matin, m'apportant le cadavre de son jeune enfant âgé de 16 mois. J'examine ce petit être; mais la mère, criant, gesticulant, s'efforçant de paraître désolée, refuse de laisser voir entièrement le cadavre nu. Elle me raconte une histoire d'ivrognesse, m'affirmant qu'à minuit et à 3 heures du matin l'enfant a bien tété, mais qu'à cinq heures elle s'est aperçue que son enfant ouvrait la bouche sans prendre le sein. C'est alors que ne lui voyant faire aucun mouvement elle s'est empressée de faire 4 kilomètres à pied pour m'apporter son enfant, qu'elle ne croyait que malade. Elle me demande ce qu'il faut faire. Je lui réponds qu'il faut porter le cadavre chez une de ses amies du village et que j'irai dans un instant constater le décès et lui donner, s'il y a lieu, le certificat. Elle comprend mes soupçons et en sanglotant elle s'écrie : « Je n'ai pas tué mon enfant, moi ; il n'aurait pas la bouche ouverte si je l'avais écrasé comme on me l'a dit, etc. » Je l'engage à s'en aller, mais elle s'obstine à rester chez moi et me demande ce que je vais lui faire. Enfin je la prie de sortir en lui affirmant que dans cinq minutes j'irai, accompagné de M. le Maire, constater le décès.

En l'absence du maire et de l'adjoint, j'invite le garde-champêtre à m'accompagner, et, en sa présence, je fais déshabiller l'enfant. Je constate immédiatement (ce dont je me doutais bien du reste), une déformation complète de la cage thoracique avec enfoncement complet de la cavité thoracique du côté droit, fractures de côtes, et enfin des ecchymoses du tronc, de la région sus-claviculaire droite, de l'abdomen, etc. Je demande à la mère à quelle heure elle s'est couchée la veille, si elle avait bu avant de se coucher ou si elle s'est levée pendant la nuit, etc. Je lui montre les lésions extérieures du cadavre et je la prie de me dire si à son réveil elle ne se souvient pas d'avoir trouvé son enfant sous elle. Réponse des plus négatives, pleurs, grimaces, etc. Je refuse le certificat de décès et j'écris à M. le Maire, en lui expliquant mes soupçons. M. le Maire télégraphie au juge de paix qui répond de faire inhumer le cadavre sans procéder à l'autopsie ni à une enquête. Cependant l'article 319 dit bien : « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, etc., etc., aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende

de 50 fr. à 600 fr. » Or, n'était-ce pas le cas de faire l'application de l'art. 319 ? Je l'avais cru, mais le juge de paix ne fut pas de mon avis: aussi je dis à M. le Maire que la dépêche du juge devait tenir lieu de certificat de décès et l'engageai à l'épingler à l'acte de décès du registre de l'état civil dans le cas où il y aurait ultérieurement des dénonciations.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat de Lot-et-Garonne

(Suite et fin).

La deuxième séance, composée des membres du Concours médical, a eu lieu à 5 heures, sous la présidence de M. le docteur Cézilly.

M. Cézilly, dans un remarquable discours, fait une proposition qui intéresse au plus haut point tout le corps médical. Cet exposé doit être lu en entier ; je ne vous en donnerai que les conclusions. Créer une caisse avec des cotisations de quatre francs par mois, qui permettrait de donner aux médecins, en cas de maladie, 10 francs par jour, pendant une durée de quatre mois ; amener l'Association générale qui compte 8,000 membres et jouit d'une grande influence, à prendre en main cette cause ; si l'Association générale acceptait, ce serait le succès certain ; cette proposition sera faite à la prochaine réunion de l'Association générale. Faisons des vœux pour qu'elle réussisse.

M. le docteur Gassot propose de provoquer, pendant l'année 1889, un Congrès où tous les médecins de France seront appelés à donner leur opinion sur les diverses questions qui intéressent le corps médical et plus particulièrement sur la proposition du docteur Cézilly. Il demande la nomination d'une Commission chargée de proposer le Congrès et un crédit de 5.000 francs, pour subvenir aux frais que demande cette préparation.

La Commission est composée de M. Cézilly, Lardier, Monnet et Toussaint.

L'Assemblée vote les deux résolutions :

1° Au cours de l'année 1889, dans la période de l'Exposition universelle, tous les médecins français seront convoqués à Paris, en un Congrès, pour délibérer sur les questions professionnelles.

2° Un crédit de 5,000 francs est ouvert à la Commission chargée de provoquer ce Congrès.

A sept heures, a eu lieu le banquet, qui n'a rien laissé à désirer. Au champagne, après une journée aussi bien remplie, je vous laisse à penser si les langues se sont déliées. Enfin, la soirée s'est terminée par un spectacle où des confrères amateurs ont tenu les rôles. Nous avons entendu des poésies, des monologues, des imitations, voire même des chants avec accompagnement de piano. Dans cette fête, le triomphateur a été un de nos compatriotes, le docteur Lassalle, de Lormont, qui nous a tous charmés et a étonné nos confrères d'Outre-Loire par sa verve gasconne.

Et maintenant, mes chers confrères, j'en ai fini avec ce récit ; je veux cependant vous dire, et ce sera la morale, combien j'ai été favorablement impressionné par cette réunion ; j'en ai emporté la conviction que si nous voulions, nous ne sommes pas éloignés de voir enfin triompher une partie de nos justes revendications.

La lecture terminée, M. Belloc remercie M. Courret de son intéressant rapport et l'Assemblée, par ses bravos, se joint aux félicitations exprimées par le président.

Le secrétaire explique alors qu'il n'y a pas lieu de s'occuper du projet des statuts pour une association médicale mutuelle en cas de maladie temporaire. La question devant être soumise au Conseil général de l'Association générale des médecins de France, on va demander à cette Association de vouloir bien se mettre à la tête du mouvement et de rechercher les voies et moyens qui permettent de donner aux sociétaires une indemnité proportionnelle au nombre de jours de maladie. Nous avons donc tout intérêt à attendre le résultat de cette démarche avant de prendre une résolution définitive.

Nous sommes heureux de pouvoir vous annoncer, aujourd'hui, une excellente nouvelle. L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a pris, dans sa séance du lundi 13 mai 1889, et à la grande majorité des membres de son Conseil général et des délégués, une décision qui l'obligera, si l'étude à laquelle elle va se livrer en démontre la possibilité, à modifier complètement l'emploi de ses cotisations et de ses revenus pour délivrer à tous les membres de la Société, l'indemnité en cas de maladie.

Espérons que, sous le patronage et la direction de l'Association générale, pleine satisfaction et pleine réussite sera réservée à notre projet d'Assistance mutuelle en cas de maladie.

Association syndicale des Vosges.

Compte-Rendu de la Réunion générale du 11 Mai 1889, à Epinal.

Prennent place au bureau MM. les docteurs Lardier, président ; Chavane, vice-président ; Couturier, secrétaire-trésorier.

Questions à l'ordre du jour :

COMMISSION D'INITIATIVE.

Le président fait la communication suivante :

Messieurs, vous avez accordé non seulement aux membres de votre bureau, mais à votre commission d'initiative toute votre confiance. Votre commission d'initiative est destinée à vous suppléer à l'occasion, elle engage en quelque sorte votre responsabilité. Les membres qui la composent doivent donc considérer comme un honneur de vous représenter. A tout prendre, ce poste de confiance est, en réalité, un poste d'avant-garde. Il a semblé à votre commission d'initiative, réunie le 19 février dernier à Epinal, que nos collègues n'avaient pas le droit de déserter ce poste et de soustraire leur responsabilité dans les cas litigieux que nous pouvons être appelés à trancher. Je veux dire que votre bureau, en poursuivant énergiquement certaines revendications, doit, pour être solide, se sentir soutenu par vous tous, et les membres de la commission d'initiative devraient considérer comme un devoir de donner leur concours moral, quand il leur est demandé, à ceux qui ont assumé la tâche ardue et quelque-

fois périlleuse de vous représenter auprès des pouvoirs publics ou de l'administration.

Cela revient à dire que le bureau de votre Association syndicale doit pouvoir, quand les circonstances l'exigent, compter sur l'appui des membres de la commission d'initiative. Nous avons, à certains moments, besoins de leurs conseils. Aussi ne saurions-nous comprendre que les membres de cette commission restassent obstinément sous leur tente, l'arme au bras, quand nous leur demandons de nous appuyer, de venir à notre secours.

C'est pour ces motifs que les membres présents à la réunion de la commission d'initiative, le 19 février 1889, ont pensé soumettre à votre acceptation les résolutions suivantes :

« En toutes circonstances, les membres de la commission d'initiative, régulièrement convoqués par le président de l'Association, devront s'efforcer de se rendre à cette convocation.

« Les membres de la commission d'initiative qui ne se seront pas excusés de manquer à trois appels successifs seront considérés comme démissionnaires, et seront remplacés à la réunion générale suivante. »

Si vous acceptez ces propositions, nous vous demanderons d'ajouter à nos statuts les articles suivants :

« Il est créé une commission d'initiative composée de sept membres, comprenant, outre les trois membres du conseil syndical, 4 membres nommés à l'élection, en assemblée générale.

« Ces 4 membres, comme les membres du conseil, sont nommés pour un an. Ils sont rééligibles.

« Les membres nommés contractent l'obligation morale de prêter leur concours au bureau de l'Association et doivent lui donner, lorsque les circonstances l'exigent, leurs conseils et leur appui.

« Ils doivent faire tous leurs efforts pour se rendre aux convocations du président de l'Association. Lorsqu'ils ne se seront pas excusés de manquer à trois appels successifs, ils seront considérés comme démissionnaires et remplacés à la réunion générale suivante. »

Ces conclusions sont votées à l'unanimité.

COMMISSION MÉDICALE DU SERVICE SANITAIRE.

Certaines réclamations s'étant élevées au sujet de la vérification des mémoires des médecins du service sanitaire, plusieurs membres de la commission médicale ont eu l'intention de remettre leur mandat entre les mains de M. le Préfet. Il est certain que la lourde responsabilité qu'assument les membres de cette commission dans la vérification des mémoires ne devrait pas être toujours supportée par les mêmes médecins. Nous devons vous demander s'il n'y a pas lieu de proposer à M. le Préfet des Vosges de faire procéder au renouvellement des membres de cette commission, tous les deux ou trois ans.

Après une discussion à laquelle prennent part différents confrères, l'assemblée émet le vœu :

« Que les membres de la Commission médicale soient renouvelés tous les deux ans. Chaque année, une fraction de la commission en fonctions (2 membres, puis 3), feraient place à des membres nouvellement élus. Les membres sortants seraient rééligibles au bout de 2 ans (1). »

RÉORGANISATION DU SERVICE DE LA VACCINATION.

On a mis la question de la réorganisation de notre service de la vaccination à notre dernier ordre du jour :

Depuis notre réunion de septembre cette question a fait des progrès notables.

L'enquête que nous avons provoquée à ce sujet parmi les médecins du service sanitaire, nous a prouvé que la très grande majorité de nos collègues était favorable aux modifications que nous proposions comme conclusions du travail publié sur cette question dans notre numéro d'avril du *Bulletin*.

« Le service de la vaccination sera exclusivement confié aux médecins du service sanitaire.

« La vaccination sera faite exclusivement avec du vaccin animal, dont la pureté sera certaine. »

Nous savons d'autre part que M. le Préfet des Vosges, que la commission médicale avait déjà entretenu de cette réorganisation, semble très favorable aux réformes que nous proposons.

On prie aujourd'hui l'Assemblée de vouloir bien émettre à ce sujet un vœu collectif qui sera transmis officiellement à l'administration et qui aura pour effet certain de stimuler encore les bonnes dispositions de notre préfet et dont le Conseil tiendra certainement le plus grand compte.

Après discussion, l'assemblée émet, à la presqu'unanimité, le vœu suivant :

1° Le service de la vaccination devrait être exclusivement confié aux médecins du service sanitaire.

2° La vaccination devait être faite, autant que possible, avec du vaccin animal, dont la pureté serait certaine.

3° L'assemblée émet le vœu que la vaccination et la revaccination, après chaque période de 10 ans, soient rendues *obligatoires* (2).

DE LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

A la dernière réunion de l'Union des syndicats médicaux de France, le Dr Gibert, du Havre, a demandé que cette question fût mise à l'ordre du jour de tous les syndicats médicaux de France. Ce problème mérite, en effet, d'être étudié très attentivement. Nous avons malheureusement aujourd'hui peu le loisir de l'approfondir. Aussi, si vous y consentez, nous remettrons à notre réunion prochaine la discussion de cette question et l'inscrirons à l'ordre du jour de notre prochaine séance, séance dans laquelle sera lu un rapport spécial et présentées des conclusions que nous soumettrons à votre acceptation, avant la prochaine réunion générale de l'Union des syndicats médicaux de France.

(Renvoyé à la réunion de septembre.)

(*A suivre.*)

(1) Ce vœu a été ultérieurement transmis à M. le Préfet des Vosges, qui, dans sa lettre du 4 juin 1889, nous informe qu'il avisera, avant la fin de la présente année, aux mesures à prendre pour assurer le renouvellement des membres de la commission médicale du service sanitaire.

(2) Ce vœu a été transmis à M. le Préfet des Vosges qui a bien voulu nous assurer qu'en ce qui concerne le service de la vaccination, il compte toujours être en situation d'en saisir le Conseil général dans sa session du mois d'août prochain.

REPORTAGE MÉDICAL

D'après la convention signée récemment, les gouvernements de France et de Suisse se feront connaître, le 1er janvier de chaque année, les médecins, sages-femmes et vétérinaires diplômés établis dans les communes limitrophes des deux frontières qui sont autorisés à exercer à la fois dans les deux pays.

Académie des Sciences. — Séance du 22 Juillet 1889.

M. le Dr J. A. Fort a communiqué un travail sur le mode d'action et sur la température de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements.

Conclusions de l'auteur :

1° L'électrolyse linéaire est une destruction lente et moléculaire du tissu pathologique, en forme de sillon, s'accompagnant d'un dégagement d'hydrogène et du transport des alcalis du tissu électrolysé au pôle négatif.

2° L'électrolyse linéaire, inoffensive, presque indolore, se produit absolument à froid.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Ch. D'Arcis. *Les tribunaux Cocasses. Joyeux Procès*, Illustrations de EUGÈNE RAPP.......... 3 fr. 50.

Jeux et Exercices en plein air par G. DE SAINT-CLAIR. Jeux de balle. Frootbal. Cricket. Jeux de Paume. Sport pédestre. Natation. Aviron.......... 4 fr.

Journal d'un *Bourgeois de Paris* pendant la Révolution Française (Année 1789), par M. MONIN.......... 3 fr. 50.

Histoire et Diplomatie, par le DUC DE BROGLIE.... 7 fr. 50.

Dom Pédro II, Empereur du Brésil. B. MOSSE, Officier de l'Instruction publique.......... 4 fr.

Bruno-le-Fileur, par JOSEPH REINACH.......... 3 fr. 50.

Histoire chirurgicale de la *Guerre au Tonkin et à Formose* (1883-1884-1885), par le Dr H. NIMIER.......... 5 fr.

Recherches cliniques et expérimentales sur les injections hypodermiques de calomel, contre les accidents syphilitiques, par le Dr G. CHEMINADE.......... 3 fr. 50.

Les Sciences biologiques en 1889 ; médecine, hygiène, anthropologie, sciences naturelles, etc., publiées sous la direction de MM. CHARCOT, LÉON COLLIN, V. CORNIL DUCLAUX, DUJARDIN-BEAUMETZ, GARIEL, MAREY MATHIAS-DUVAL, PLANCHON, TRÉLAT.

INTRODUCTION. — Tandis que les peuples du monde entier viennent, dans ces palais où la France leur offre une hospitalité si large et si courtoise, exposer les merveilles de l'art et de l'industrie, et lutter avec elle sur ce terrain pacifique ; tandis que de nombreuses publications signalent à l'envi les fastes et les beautés de notre Exposition universelle, que de tous côtés on s'efforce, à propos du centenaire de 1789, de montrer les progrès qu'ont faits les connaissances humaines depuis cette époque, les *sciences biologiques*, c'est-à-dire celles qui s'adressent plus particulièrement à l'homme, à sa vie, à ses fonctions, à son hygiène, n'avaient pas encore trouvé une publication qui permit de bien mettre en lumière le chemin immense parcouru depuis les débuts de ce siècle jusqu'à notre époque.

C'est pour combler cette lacune que ce recueil a été fondé en faisant appel, sans parti préconçu, à la bonne volonté de tous, et renouvelant ainsi, mais cette fois par l'initiative privée, la tentative qui fut faite en 1867 sous l'inspiration du gouvernement.

Appuyé par des maîtres auxquels leurs travaux ont acquis une notoriété incontestable, et que secondent des collaborateurs actifs et zélés ; appelant à son aide tout le luxe de la typographie et de l'illustration moderne, ce recueil sera certainement une œuvre utile et profitable à tous. Le champ de ses investigations est, du reste, immense : Montrer le rôle des sciences exactes dans l'étude de la vie, apprécier les conquêtes de la physique, de la chimie, examiner les progrès de la physiologie humaine et comparer, étudier les modifications profondes qu'ont subies les *sciences biologiques* sous l'influence des découvertes de notre illustre Pasteur, et les profits immenses qu'en ont tiré la médecine, la thérapeutique et la chirurgie, tel est le but que se sont proposé d'atteindre les directeurs de cette revue.

Nous espérons que cette œuvre recueillera les sympathies de tous ceux qui n'ont qu'un désir, la grandeur du pays, et qu'un drapeau, celui qui porte pour devise : Par la Science, pour la Patrie.

LE COMITÉ DE RÉDACTION.

Cette publication formera un magnifique volume in-8° grand jésus, imprimé à deux colonnes de plus de 1000 pages, orné d'un nombre considérable de gravures dans le texte ; elle paraîtra par livraisons bimensuelles de 32 pages. Prix de la livraison.......... 1 fr. 25

L'ouvrage complet formera de 25 à 30 livraisons ; on peut souscrire dès maintenant au prix de 30 francs.

Le prix de l'ouvrage complet sera augmenté pour les non-souscripteurs, après l'achèvement de la publication.

Petit Dictionnaire pratique des premiers secours à donner en cas d'accidents, à l'usage des gens du monde, des cultivateurs, des maisons d'éducation, etc., etc., par le Dr DEVOISINS, officier d'Académie.

Manuel d'Hygiène scolaire, à l'usage des instituteurs, des lycées, collèges, etc., par le Dr E. BARTHES.

Le Touriste aux environs de Paris. Guide pittoresque et descriptif. Choix d'excursions pratiques, par FÉLIX VIATOR. 1re livraison : *Excursion de Rueil à Marly.* La Malmaison, Bougival, Louveciennes, Vaucresson, La Celle-Saint-Cloud.

De la Localisation des lésions de la Phtisie, par le professeur FOWLER, traduit de l'anglais et annoté par le docteur TUSSAU.......... [illegible]

Du Coryza chez les enfants du premier âge, par le docteur BOUTIRON, ouvrage couronné par la Société protectrice de l'Enfance de Paris.......... [illegible]

Des Lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement par le curettage de l'utérus, par le docteur CANTIN.......... 2 fr.

Bulletin des Sociétés photographiques de France, contenant le compte rendu des principales Sociétés photographiques du monde entier. Organe officiel de la Société photographique du Sud-Ouest, de la Société Versaillaise de Photographie, de la Société d'Excursions des amateurs de Photographie, du Photo-Club de Paris, de la section de Photographie de la Société d'agriculture, sciences et arts de la Haute-Saône, et de la Société photographique de La Flèche, publié sous la Direction de GABRIEL RONGIER, Rédacteur en chef de l'*Amateur Photographe.*

L'Atelier de l'Amateur, par M. FLEURY-HERMAGIS, ingénieur-opticien, in-18 de 70 pages, avec figures dans le texte. Prix.......... 1 fr. 50.

Devant la nature (Albums Reutlier). Renseignements indispensables aux artistes et amateurs, comprenant des études d'animaux, paysages, fleurs, académies, figures, etc., publiées par série ou album de 10 planches. — 1re série : *Bains de mer.* — 2e série : *Paysages.* — Pour paraître : *Animaux, fleurs, marines*, etc. Prix de chaque série comprenant 10 planches hors texte.......... 2 fr. [illegible]

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr PUYBARET, de Pazayac (Dordogne), présenté par M. le Directeur.

M. le Dr RENSON, de Monthermé, présenté par M. le docteur Pillières, de Charleville.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La syphilis vaccinale.

L'Académie a été fort émue d'apprendre de la bouche de M. Hervieux, directeur du service de la vaccine, que 5 enfants inoculés au mois de mai dernier avec le vaccin de l'Académie avaient contracté la syphilis vaccinale. L'enquête poursuivie par M. Hervieux lui a permis de retrouver les deux vaccinifères cause du mal. Ils n'ont jamais été malades et ne présentent aucun accident du côté de la peau ni du côté des muqueuses. La mère est d'une santé irréprochable. M. Hervieux ne peut expliquer la singularité du fait qu'en invoquant la syphilis héréditaire latente, à laquelle chez l'un des enfants on pourrait attribuer peut-être une légère induration de l'épididyme et du testicule.

Quoi qu'il en soit, comment prévenir le retour de semblables accidents ? La réponse toute naturelle qui vient à l'esprit est celle qu'a faite M. Fournier : *ne plus pratiquer de vaccinations qu'avec la vaccine animale*. M. Hervieux, lui, est beaucoup moins catégorique. Il professe, dit-il, une grande estime pour la vaccine animale. Cependant, comme il n'avait pas encore observé d'accidents sur 45.000 vaccinations qu'il avait pratiquées avec la vaccine jennérienne, il ne veut pas qu'on récrimine contre elle pour quelques faits regrettables sans doute, mais qui jusqu'à ce jour n'ont entraîné aucune conséquence sérieuse. Il rappelle que le vaccin animal se putréfie facilement et cause alors des septicémies fort graves.

La profession de foi de M. Fournier mérite d'être reproduite. Après avoir rendu hommage au dévouement et au zèle du vaccinateur de l'Académie, il recherche les causes de l'accident et le remède pour l'avenir.

Ces causes peuvent être dues soit à l'inoculation d'un vaccin syphilitique, soit à l'emploi d'une instrumentation défectueuse.

La défectuosité instrumentale doit être mise hors cause ; d'abord parce que les précautions antiseptiques les plus rigoureuses sont prises au moment de l'emploi des instruments qui servent à la vaccination ; ensuite, parce que, s'il s'agissait d'un instrument contaminé, ce n'est pas 5 enfants qui eussent été contaminés, mais un seul. Dans les exemples de contagion instrumentale toujours le premier vacciné a absorbé la totalité du virus syphilitique, et ceux qui ont été vaccinés après lui avec le même instrument, n'ont jamais eu la syphilis.

Puisque l'instrumentation ne peut être incriminée, c'est le vaccin qui est coupable. Toutefois, les vaccinifères étaient absolument sains d'apparence, c'étaient de superbes enfants, et c'est pour cela que M. Hervieux les avait choisis ; la syphilis, dont l'un d'eux a été l'origine, existait donc chez lui à l'état latent.

L'expérience démontre, en effet, que pour se mettre à l'abri d'une syphilis vaccinale, il ne suffit pas que le vaccinifère ne soit pas atteint de syphilis ostensible, — il faut encore qu'il soit à l'abri de la syphilis constitutionnelle héréditaire, qui peut exister dans le sang, pendant plus ou moins longtemps, sans aucune espèce de manifestation extérieure ; il y a cinq ou six mois, M. Fournier exposait cette manière de voir dans un livre sur la syphilis vaccinale.

Cette syphilis latente constitue un danger impossible à prévoir, pas plus que l'on ne peut prévoir l'affaissement subit d'une voie de chemin de fer, et le déraillement qui en est la conséquence. Doit-on pourtant se croiser les bras et accepter comme une fatalité nécessaire les quelques accidents analogues à ceux de M. Hervieux ? Pour ce qui concerne l'Académie, c'est la seconde fois que pareil fait se produit, le premier remontant à 1865. Pour y remédier, voici ce que M. Fournier propose :

1° Ne jamais se servir deux fois du même instrument pour vacciner un enfant.

Pour cela il n'est nul besoin de faire construire autant de lancettes que d'enfants. Une seule lancette suffit pour recueillir le vaccin et le mettre sur une plaque de verre : une aiguille cannelée vient ensuite le recueillir sur le verre pour l'inoculer à l'enfant.

2° Les vaccinations faites par l'Académie ne seront faites qu'avec le vaccin animal.

(Les propositions de M. Fournier sont renvoyées à la commission de vaccine.)

Prophylaxie de la tuberculose.

La discussion sur les Instructions proposées à l'Académie pour le public a commencé par les critiques de M. *Dujardin-Beaumetz*. — Il approuve à vrai dire dans leur ensemble les instructions.

Toutefois il désire faire quelques réserves sur certains points. Il critique cette phrase : « La tuberculose est de toutes les maladies celle qui fait le plus de victimes dans les villes et les campagnes. » Car la mortalité par la tuberculose est à peu près la même dans nos villes et dans nos campagnes.

La Commission met en première ligne la transmission sûre de la tuberculose par l'alimentation. M. Beaumetz pense que c'est un fait exceptionnel. Il veut bien que pour le lait on exige qu'il soit donné bouilli aux enfants. Mais c'est exceptionnellement que le lait de vache peut contenir des bacilles. Car il faut que non seulement la vache soit tuberculeuse, mais qu'elle ait, de plus, une mammite tuberculeuse. Sur dix à douze vaches malades à Paris en 1888, pas une n'avait de mammite tuberculeuse.

La Commission, dans l'article 3, dit: « La viande crue, la viande peu cuite, le sang pouvant contenir le germe vivant de la tuberculose, doivent être prohibés », et dans l'article 5 elle revient sur ce point. Ainsi on supprimerait de l'alimentation la plupart des viandes saignantes et même crues qui sont si souvent employées dans le ménage et même en thérapeutique.

Or, rien ne démontre chez l'homme la transmission de la tuberculose par les viandes de boucherie. Même expérimentalement, les résultats sont des plus contradictoires ; on sait, d'ailleurs que le suc gastrique est un destructeur actif du bacille tuberculeux.

M. *Daremberg* croit le lait un agent de contagion fréquent de la tuberculose, lorsqu'il n'est pas bouilli.

Mais pour lui le sang et la viande sont inoffensifs. La viande saignante peut continuer à être utilisée sans danger dans nos ménages, et il en est de même de la viande crue qui est un excellent moyen thérapeutique de la tuberculose, suivant lui.

En ce qui concerne les crachoirs, il croit à leur utilité et proposerait même de remplacer, pour les phthisiques, le mouchoir dans lequel ils crachent par un crachoir en forme de fiole.

La commission propose d'habiter le moins possible la chambre des tuberculeux. M. Daremberg demande qu'on supprime cette phrase. Si on ne soigne pas les tuberculeux, ce sera retourner aux pratiques barbares du moyen-âge.

La commission propose de badigeonner à la chaux les chambres des tuberculeux. Comment cette mesure pourra-t-elle être appliquée dans les hôtels, le plus souvent garnis de tentures et de tapis ? Si les hôteliers faisaient des chambres comme cela, personne n'irait. Il serait plus pratique de conseiller aux hôteliers de mettre de nombreux crachoirs dans leurs hôtels, et de faire bouillir ces crachoirs avant de les vider.

M. *G. Sée* reproche à la commission d'avoir affirmé la contagiosité de la phthisie par l'air atmosphérique. Or le bacille ne peut vivre dans l'air, il ne se développe et ne se multiplie jamais que dans l'organisme vivant ; en dehors de cet or-

FEUILLETON

Diabète et diabétiques.

Voilà un sujet intarissable et sur lequel il y aura toujours quelque chose à apprendre. On peut dire qu'il n'y a pas de malades plus impressionnables que les diabétiques, plus soucieux de leur état, plus préoccupés de tout ce qui se publie sur leur compte. — Ce mode particulier d'activité cérébrale a son bon côté, puisqu'avec des ménagements et une diététique particulière, le diabète est un ennemi avec lequel on peut vivre en bonne intelligence, sans avoir trop à le redouter ; mais le désir de bien faire, l'interprétation défectueuse des ouvrages médicaux, dont beaucoup de diabétiques font leur lecture favorite, contribuent souvent à les induire en erreur. Ils sont au courant de toutes les médications nouvelles, souvent même avant nombre de médecins, et s'empressent d'y avoir recours. C'est ce qui est arrivé pour le bromure de potassium, les préparations de lithine et d'arsenic de Martineau, etc... Le temps a déjà fait justice de ces prétendues panacées, je n'en reparlerai pas ; mais je tiens à m'élever contre l'abus des pommes de terre bouillies, dont il a été fait une si grande consommation, depuis que les analyses de MM. Boussingault, Mayet et autres, ont établi qu'à poids égal, ce tubercule contient moins de matière féculente que le pain ordinaire.

J'ai eu à lutter énergiquement contre des malades, fort dociles d'habitude et que je surveille depuis plus de dix ans, pour les empêcher d'en manger outre mesure. A mes remontrances prudentes, ils opposaient les déclarations des célébrités médicales ; ils citaient avec emphase des textes propres à leur donner pleine sécurité. On commence à revenir de ces exagérations, à comprendre que la tolérance accordée n'avait qu'un but, varier le menu restreint des diabétiques, et ne constituait nullement une sorte de médication. — C'est par une erreur d'interprétation qu'ils ont compris qu'ils pouvaient manger impunément et autant qu'ils voudraient des pommes de terre bouillies. — Il est facile de se convaincre, par l'examen répété des urines, que le sucre augmente lorsqu'on mange plus de deux ou trois pommes de terre à chaque repas, et encore faut-il donner la préférence aux moins farineuses, à celles qui sont blanches, allongées et dont on entoure habituellement les poissons à la Hollandaise. — L'ascension est surtout appréciable chez les glycosuriques gros mangeurs, qui perdent le sucre de leurs aliments. — Chez les dia-

ganisme il meurt rapidement, parce que pour vivre il lui faudrait une température de 30 degrés au moins.

Dès que le bacille ne peut pas vivre dans l'atmosphère, où il n'arrive d'ailleurs qu'accidentellement, il n'y a pas de contagion atmosphérique à craindre, et ceci est un grand bonheur pour l'humanité, et il faut qu'on le sache, car le seul mot de contagion a déjà suffi pour désorganiser les familles où se trouvent un ou deux tuberculeux, et le malheureux malade est isolé, abandonné pendant des mois et des années ; personne n'ose plus entrer dans son habitation.

L'air expiré par le malade est inoffensif, mais les crachats ne le sont pas ; toutefois, il faut que ces crachats pour être dangereux soient desséchés, amalgamés avec les poussières qui voltigent dans les chambres des malades.

M. Sée critique aussi les précautions recommandées aux individus sujets aux bronchites, pneumonies, convalescents de variole ou de rougeole, qu'il croit plus exempts de tuberculose que qui que ce soit. Aux héréditaires il recommande l'exercice et l'hydrothérapie.

Pour le lait, le sang et la viande, il répète les critiques de MM. Beaumetz et Daremberg.

M. *Lancereaux* déclare que la contagion joue un rôle secondaire dans la pathogénie de la tuberculose, que cette affection reconnaît des causes multiples, parmi lesquelles la densité de la population et le séjour, l'habitation, dans un air confiné, jouent le plus grand rôle. Parmi les causes prédisposantes, causes qui sont également de la plus haute valeur au point de vue de la multiplication de la phtisie, l'alcoolisme vient se placer au premier rang.

Il serait donc d'avis de modifier comme il suit les conclusions de la commission :

« La tuberculose est une maladie des plus fréquentes surtout dans les grands centres ; en conséquence, il est nécessaire que le public connaisse les moyens de se préserver de cette contagion.

Deux facteurs étiologiques président à la genèse de la tuberculose ; la prédisposition de l'organisme et la pénétration dans cet organisme d'un agent parasitaire spécial.

La prédisposition, qui reconnaît des causes multiples, provient surtout des excès alcooliques et d'un air trop concentré.

Les crachats sont une source fréquente de contagion, surtout quand ils sont desséchés. Il en est de même du lait d'un animal dont le pis est atteint, et enfin, dans quelques cas, de la viande des animaux tuberculeux. Dans tous ces cas, il faut prendre des précautions, mais elles doivent céder le pas aux considérations suivantes : Chercher par tous les moyens possibles à prévenir et à réprimer les excès alcooliques. Faire en sorte que des lois assurent à l'ouvrier, dans l'atelier, à l'élève dans son école, etc., le cube d'air nécessaire aux besoins de sa santé.

Appliquer les ordonnances sur la construction des habitations, et les modifier, s'il y a lieu, de façon à éviter l'encombrement.

M. *Villemin* a répondu aux critiques des orateurs précédents. Il y a un point sur lequel tout le monde est à peu près d'accord : c'est celui qui concerne le danger des matières de l'expectoration des phtisiques ; on est aussi d'accord sur les mesures prophylactiques qui les visent et qui sont énumérées dans le titre 6 de la note.

M. Villemin est d'accord avec M. Sée sur l'innocuité des crachats à l'état liquide. Il repousse comme lui l'air expiré comme susceptible de contamination. Si on parle de l'infection par l'atmosphère, c'est par les poussières des matières de l'expectoration des malades et non par la multiplication du virus tuberculeux par l'air. Il est donc utile de prendre de très grandes précautions pour écarter des lieux fréquentés les produits de l'expectoration des phthisiques.

Si tout le monde est d'accord pour accepter les prémisses énoncées dans le premier paragraphe

---

bétiques confirmés, qui éliminent de préférence le sucre hépatique, l'écart est moins accentué ; la courbe s'élève après chaque écart de régime, mais elle revient facilement au coefficient propre à chaque individu, dès qu'il n'y a plus de faute de régime à enregistrer. — Malgré cela, la répétition de ces fantaisies peut à la longue entraîner des inconvénients sérieux et il est bon d'en prévenir les intéressés.

Du reste, j'ai acquis une conviction, depuis 17 ans que je soigne des diabétiques, c'est que ces malades sont trop souvent victimes d'idées erronées et de parti pris injustifiables.

J'entends viser spécialement l'usage exagéré des pâtes alimentaires au gluten et le pain de gluten, dont ils abusent de la façon la plus manifeste. Ils arrivent de la sorte, en prenant du potage au gluten deux fois par jour, à absorber de fortes proportions de fécule.

Les pâtes en contiennent encore plus que le pain de gluten ; il ne faudrait cependant pas s'illusionner au sujet de ce dernier, car les meilleures marques en conservent encore de 20 à 30 %. Or, comme le pain ordinaire n'en possède pas plus de 40 à 50 %, la différence n'est pas si grande et n'est pas en rapport surtout avec le sacrifice que s'imposent certaines personnes, en renonçant au pain ordinaire. J'en ai vu bien des fois qui se croyaient obligés de se bourrer de pain de gluten, tout en le mastiquant avec dégoût. — Dans le même ordre d'idées, on croit bien faire en mangeant la croûte de préférence à la mie. Celle-ci contient cependant moins de matière féculente, toujours à poids égal, à cause de l'eau qu'elle tient en suspension.

Malgré cette déclaration, qui a été faite avant moi par des maîtres éminents, entre autres par Dujardin-Beaumetz, il faudra encore bien du temps pour déraciner cet antique préjugé.

Par ce qui précède, je n'entends pas, bien entendu, condamner le pain de gluten ; je cherche uniquement à prévenir l'excès. — J'ai simplement voulu dire qu'en mangeant une petite tranche de pain ordinaire, on déglutit moins de fécule qu'en ingurgitant plusieurs rondelles de gluten ou un potage débordant de pâtes alimentaires.

D'ailleurs, le pain de gluten, qui, jadis, représentait un progrès, est aujourd'hui détrôné et avantageusement remplacé par les préparations obtenues avec la légumine, la fromentine et les graines de Soya ou de Soja. Le pain de Soya est déjà entré dans la pratique et il en existe plusieurs marques, que je n'ai pas à indiquer ici. Les graines de cette espèce de haricot, originaire du Japon, que l'on cultive actuellement sur une grande échelle en Autriche et en Hongrie, ne con-

du titre 6 de la note, pourquoi ne pas admettre les cinq autres. M. Villemin propose même un paragraphe supplémentaire relatif à la désinfection des wagons de chemins de fer, surtout en ce qui concerne ceux des trains transportant des phthisiques aux stations hibernales et thermales. Dans ces trains, les crachats qui souillent les tapis, les planchers, se dessèchent, et, sous l'influence de la trépidation, forment des poussières qui peuvent devenir une source d'infection.

La transmission de la tuberculose par les substances alimentaires est certainement moins fréquente que celle qui dérive des matières expectorées, mais elle existe. Le lait est toujours virulent quand il est fourni par une vache atteinte de mammite tuberculeuse ; il peut le devenir accidentellement parce qu'une vache pommelière, en se léchant, aura imprégné ses trayons de son jetage contagieux. Il ne faut pas oublier que le lait commercial est un lait de provenances multiples : du lait virulent peut très bien avoir été mélangé à du lait sain et lui avoir communiqué sa virulence.

Les prescriptions de la note concernant la viande d'animaux tuberculeux rencontrent des contradicteurs catégoriques. MM. Dujardin-Beaumetz, G. Sée les repoussent et M. Daremberg ne les accepte qu'à demi. Il est indéniable cependant que le suc de viande de certains animaux tuberculeux produit par son inoculation des tuberculoses. Et comme les recommandations de la commission ne s'appliquent qu'à la viande d'animaux tuberculeux, il n'y a pas à craindre qu'on se prive de la précieuse ressource de la viande crue et des viandes saignantes si utiles pour la plupart des malades.

Il resterait à discuter avec M. Sée les conditions qui créent la prédisposition à la tuberculose. Là, les avis sont très partagés. M. Villemin est personnellement enclin à accepter l'opinion de M. Sée, eu égard à la pneumonie et aux bronchites. Mais si la Commission a introduit les inflammations des bronches et du poumon comme favorables à l'implantation du bacille tuberculeux dans ces organes, c'est en se basant sur les assertions de Koch.

En résumé M. Villemin dit que la Commission permanente de la tuberculose n'a rien avancé qui ne soit une déduction rigoureuse des faits révélés par l'observation et l'expérimentation.

En présence du désaccord qui s'est affirmé nettement entre les orateurs, le président de l'Académie a proposé la nomination d'une commission nouvelle pour réformer la rédaction des instructions ; cette commission comprend MM. Villemin, Verneuil, Cornil, Dujardin-Beaumetz et G. Sée.

Trépanation pour accidents épileptiformes.

M. *Lépine* a raconté l'observation d'un homme de 29 ans, alcoolique, atteint de pachyméningite, et chez lequel, sous l'influence d'une chute, s'est produit un hématome de la dure-mère. A la suite de cette chute, le malade est tombé dans le coma ; il y est resté pendant deux jours. Quand il en est sorti, il était complètement aphasique et hémiplégique du côté droit. Les jours suivants se manifestèrent plusieurs crises d'épilepsie jacksonienne, débutant invariablement par une secousse de la commissure labiale droite et bientôt suivie par des convulsions des membres du côté droit.

L'état ne s'améliorant pas, la trépanation fut faite dix jours après la chute. Au moment où la dure-mère fut incisée, au niveau de la partie inférieure du sillon de Rolando, il jaillit 25 grammes d'un liquide brunâtre. Le lendemain le malade put, pour la première fois, écrire son nom. Les jours suivants, l'hémiplégie et l'aphasie disparurent progressivement.

Ce cas est assurément favorable aux idées des chirurgiens qui, comme Lucas-Championnière, sont portés à élargir le cadre des indications de la trépanation. Mais si l'on s'engage dans cette voie, il faut le faire avec réserve ; car, en dehors

---

tiennent que des traces infinitésimales de fécule ou plutôt de matières ternaires cellulosiques. On en fait des gaufrettes sucrées avec la saccharine, des biscottes pour le potage, etc.

Il est important de ne pas prendre plus de 250 grammes de pain de Soya, dans la journée, à cause de ses propriétés laxatives. C'est une question de mesure, car cette action relâchante est plutôt à rechercher pour beaucoup de diabétiques, sujets à la constipation.

Pour empêcher l'amaigrissement des malades, qui suivent scrupuleusement leur régime, M. Dujardin-Beaumetz recommande instamment de leur donner des aliments gras. Il conseille particulièrement les sardines et le thon à l'huile, le lard, la graisse d'oie, le beurre, les rillettes, la charcuterie, le pâté de foie gras, le caviar, les soupes au chou et au lard, les soupes aux œufs pochés, aux oignons et enfin la choucroûte garnie.

— J'ai l'habitude d'engager les diabétiques, disposés à se laisser abattre (il y en a qui gardent la plus complète indifférence) à ne pas faire eux-mêmes l'essai de leurs urines ou à ne pas le répéter trop souvent. En revanche, il est bon qu'ils soient certains qu'on ne les induit pas en erreur. Je me rappelle avoir donné des soins au beau-père du Dr P... ; il ne voulait pas croire que le sucre eût disparu ; il prétendait que je m'étais entendu avec son gendre pour le rassurer. Il ne fut complètement convaincu qu'après avoir envoyé plusieurs échantillons de la même urine chez divers pharmaciens et constaté un résultat négatif sur toute la ligne.

Le procédé est très usité et rien ne dépite les intéressés et n'amoindrit leur confiance comme de constater des différences sensibles. — L'emploi du polarimètre diminue les causes d'erreur et par suite les doléances de ces malheureux diabétiques, qui ne savent plus à quelle porte frapper, lorsque leur quiétude a subi une atteinte.

Il paraîtrait, d'après Constantin Paul, que lorsqu'un diabétique a mangé de l'oseille ou de la tomate, la veille, il a momentanément moins de sucre, le lendemain. C'est une cause d'erreur à éviter, pour avoir une analyse précise.

En règle générale, je crois que les diabétiques ont une tendance à trop manger et à trop boire. Je ne parle pas, bien entendu, de ceux qui sont atteints de polyphagie et de polydipsie ; il y aurait des inconvénients à lutter contre le besoin impérieux qui les tenaille. Je vise simplement la masse des diabétiques, peu touchés, encore solides et robustes, qui, sous prétexte de ne pas s'affaiblir, abusent des plaisirs de la table, ce qui fatigue leur estomac et leurs reins. — La persis-

des traumatismes crâniens les indications du trépan ne peuvent pas être encore bien formulées.

CONGRÈS DE THÉRAPEUTIQUE

Les analgésiques antithermiques.

M. *Dujardin-Beaumetz* a exposé l'état actuel de la question. On s'est élevé à tort contre le nombre croissant des médicaments nouveaux destinés à soulager la douleur. Chacun d'eux est appelé à remplir une indication spéciale. C'est à préciser celle-ci qu'il faut s'appliquer.

Les antithermiques agissent par des procédés différents : les uns parce qu'ils sont antifermentescibles, les autres parce qu'ils diminuent le pouvoir respiratoire du sang, d'autres enfin en influençant les centres calorigènes cérébro-spinaux. Ces derniers sont en général à la fois antithermiques et analgésiques. Mais parmi eux il en est qui agissent plus spécialement sur le cerveau, d'autres, sur le bulbe, d'autres enfin sur la moelle.

Enfin, M. Beaumetz rappelle qu'il a découvert récemment un rapport entre la formule chimique de certains corps et leurs effets thérapeutiques. Quand on connaîtra ces lois pour tous les corps, on pourra remplir de nouvelles indications thérapeutiques, en modifiant, grâce aux progrès de la chimie, leur groupement atomique. Déjà avec la caféine, on a pu, en introduisant les groupes éthoxyl, méthoxyl ou hydroxyl, transformer le médicament tétanisant en un convulsivant ou en un analgésiant.

M. Beaumetz a, avec le Dr *Bardet*, établi provisoirement la loi suivante qui permettrait d'apprécier les effets antiseptiques, antithermiques et analgésiques des nouveaux médicaments tirés de la série aromatique.

Les effets antiseptiques appartiendraient surtout aux dérivés hydratés (phénols, naphtols, etc.).

Les effets antithermiques seraient dominants dans les dérivés amidogénés (acétanilide, kairine, thalline).

Enfin, les propriétés analgésiques se rencontreraient particulièrement dans ces derniers corps amidogénés, où l'on substitue à un atome d'hydrogène un atome d'un radical gras et particulièrement de méthyl (diméthyloxyquinizine, acetphénétidine, méthylacétanilide).

M. *Lépine* (de Lyon) a étudié l'action physiologique des substances antithermiques de la série aromatique. Il les considère comme des poisons du protoplasma, au même titre que la quinine, mais avec moins d'activité. Leur action essentielle s'exerce sur le système nerveux. Elle est dynamique, mais surtout nervine, modifiant à la fois certaines impressions sensibles et la production de la chaleur en restreignant la consommation des matières hydro-carbonées. Les dénommer analgésiques, c'est donner une idée incomplète de leur mode d'action.

M. *Masius* (de Liège) est partisan de l'emploi des antithermiques dans les maladies fébriles et notamment dans la fièvre typhoïde où la facilité plus ou moins grande avec laquelle ils soulagent le malade est un élément de pronostic. Tous les antithermiques ont des qualités et des inconvénients, l'antipyrine est le meilleur.

M. *William* (de Boston) est au contraire opposé à l'emploi des antipyrétiques dans la fièvre typhoïde : ils sont impuissants dans la première période et affaiblissent trop dans les suivantes. Il les accepte, au contraire, comme analgésiques.

Tel est aussi l'avis de M. *Stockvis* (de Hollande) et *Semmola* (de Naples).

M. *Desplats* (de Lille) est partisan de la médication antipyrétique dans les fièvres de courte durée ; dans les fièvres longues, à hyperthermie

---

tance d'un certain état saburral devra imposer la sobriété aux délinquants. L'essentiel est de digérer, en évitant la surcharge alimentaire.

Les exercices du corps sont recommandés aux diabétiques, d'une façon générale. Il ne faut cependant rien exagérer, surtout chez les sujets nerveux, chez ceux, dont le diabète, qui n'est pas une entité uniforme, qui diffère selon les individus et le point de départ, paraît être plus directement en rapport avec une perturbation cérébrale. — Je connais l'observation d'un candidat à l'école polytechnique, qui devint diabétique, probablement par suite de surmenage intellectuel. Il fut obligé de suspendre ses études et on lui recommanda de longues marches, l'escrime, etc.. Deux mois après, il était mort, et je ne serais pas étonné de croire que cette dépense excessive de forces musculaires ait été pour quelque chose dans cette catastrophe. Ce jeune homme avait besoin de repos avant tout ; une sédation complète lui était nécessaire, pour que l'organisme pût retrouver son équilibre. Ce sont des sujets analogues, fort impressionnables et polyuriques, qui obtiennent de beaux effets de l'antipyrine, préconisée à l'Académie, dans la séance du mois d'avril.

On peut leur faire une application toute spéciale de la recommandation suivante, qui est due au bon sens pratique et à la souriante philosophie de sir John Lubbock, l'éminent physicien : « Loin qu'il faille considérer l'effort soutenu et journalier, dit-il, comme l'unique loi qui régisse l'individu, il faut toujours faire leur place aux plaisirs, aux saines distractions, aux joies de la famille et de l'amitié. Le vrai devoir de l'homme est d'être heureux, et de rendre heureux ceux qui l'entourent ! »

Je cite ce paragraphe d'autant plus volontiers, que je suis mieux convaincu que généralement la santé morale des individus est véritablement à leur discrétion, comme leur santé physique. — Que les diabétiques ne se laissent donc pas abattre, qu'ils évitent tout ce qui pourrait les déprimer, les amoindrir, les attrister. — Je voudrais les voir constamment épanouis par les échos d'une joie entraînante ou par la satisfaction qui suit une tâche bien remplie. — Au lieu de faire du regret en collaboration avec d'autres malades et de laisser par conséquent la main crochue de la misanthropie s'appesantir sur leurs épaules, qu'ils consacrent leurs loisirs à des distractions ou à des occupations qui les empêchent de broyer du noir et surtout qu'ils fréquentent des compagnons de belle humeur, capables de dérider leur front et de chasser les brumes atrabilaires de leur cerveau !

Dr GRELLETY.

continue, avec adynamie ou ataxie, il préfère les bains froids systématiques.

M. *Hénocque* estime qu'en se servant de sa méthode clinique d'hématoscopie, on peut surveiller assez efficacement l'action produite par les antithermiques sur l'hémoglobine du sang et en prévenir les accidents.

Acide bi-iodo salicylique.

M. *Calabb* (de Bucharest) a fait sur ce corps des expériences d'où il résulte que :

1° Cet agent thérapeutique, employé à la dose de 1 gr. 50 à 4 gr. par jour, est un médicament analgésique et antithermique.

2° L'acide salicylique bi-iodé est un modérateur du cœur. Il diminue la force systolique et le nombre des battements cardiaques. A dose toxique, il arrête le cœur en diastole.

3° Cet acide est un antiseptique parfait.

4° Il présente sur l'acide salicylique et sur les salicylates, l'avantage de pouvoir amener à guérison certaines affections articulaires sur lesquelles la médication purement salicylée n'a généralement pas de prise, telles que les arthrites blennorrhagiques, les douleurs rhumatismales chroniques, les névralgies *à frigore*.

5° Ces bons effets sont, selon toute probabilité, dus à l'association de l'iode à l'acide salicylique, à cette association des antiseptiques qui donne si souvent, en thérapeutique générale, d'excellents résultats.

Exalgine.

M. *Bardet* conclut, d'après un résumé statistique de 75 observations, que l'exalgine est un analgésique remarquable, particulièrement dans les névralgies congestives et dentaires, et dans les migraines congestives avec points sus et sous-orbitaires.

Mais il est important d'user de la véritable exalgine, c'est-à-dire de la *méthylacétanilide* fondant à 101°, car les isomères n'ont aucunement les mêmes propriétés. C'est ainsi qu'il existe en Angleterre un produit vendu sous le nom d'exalgine et qui est de *l'acéto-ortho-toluide*, produit très différent au point de vue thérapeutique, car il est inactif, tandis qu'à la dose de 0.40 centigrammes l'exalgine a déjà une action très marquée.

M. *Féréol* a dû souvent interrompre le médicament sans avoir calmé la douleur, et dans quelques cas il a constaté de la cyanose, moins prononcée qu'avec l'acétanilide, mais manifeste cependant. Il prescrivait 0 gr. 50 c. par jour.

M. *Desnos* a administré l'exalgine jusqu'à la dose de 1 gr. 50 par 24 heures, il a obtenu l'analgésie dans des névralgies rebelles. Dans quelques cas il a observé de la cyanose.

M. *Dujardin-Beaumetz* résume les avantages et les inconvénients de l'exalgine : cette substance produit, dans beaucoup de cas, la cessation de la douleur, elle soulage les névralgies rebelles, etc. Mais en revanche, quand on est obligé d'employer une dose un peu élevée et de continuer pendant quelque temps l'administration du médicament, on constate des phénomènes de vertige qui, quoique ne présentant aucun danger, méritent d'attirer l'attention. De plus, l'exalgine n'est pas soluble.

En résumé, l'exalgine est inférieure à l'antipyrine ; elle peut être utilisée cependant dans certains cas.

Les antithermiques dans les angines.

D'après *M. Jorissenne* (de Liége), les antithermiques nervins (antipyrine, phénacétine, antifébrine) employés au début des angines inflammatoires, herpétiques et rubéoliques, les font avorter. L'antipyrine a un pouvoir analgésique plus rapide et plus durable, non encore signalé.

Des antiseptiques.

La deuxième grande question traitée par le congrés de thérapeutique a été celle des antiseptiques.

M. *Constantin Paul* commence à étudier l'action des antiseptiques, ainsi que celle de la température, sur chaque microbe pathogène connu et cultivable. Il a publié un tableau des doses nécessaires d'un grand nombre de substances chimiques pour entraver le développement de la tuberculose, du bacille typhique, du choléra, du charbon, des pneumocoques.

Le soufre comme antiseptique médical et chirurgical.

M. *Semmola* est grand partisan du soufre.

Il a commencé ses expériences de thérapeutique clinique dans les cas où il fallait réaliser l'antisepsie intestinale. Il a essayé la fleur de soufre à la dose de 1 gramme toutes les heures et quelquefois même de 2 grammes, avec une boisson aqueuse très abondante. On peut employer 20 grammes de fleur de soufre dans les 24 heures. Les matiéres intestinales évacuées après le commencement de la médication sulfureuse avaient une mauvaise odeur de moins en moins accentuée, et après deux jours elles étaient sans mauvaise odeur, si l'on excepte celle de l'hydrogène sulfuré qui se forme dans le passage du soufre à travers les intestins, mais en petite quantité.

L'analyse chimique des matières fécales dans tous ces cas lui a prouvé que le soufre, à travers les intestins, mais en petite quantité seulement, est transformé en sulfites alcalins ; de sorte que l'on ne peut attribuer à ces derniers l'effet antiseptique que dans une proportion minime et insignifiante. L'état général des malades est amélioré rapidement soit pour le degré de la fièvre, soit pour quelques symptômes nerveux qui l'accompagnaient. M. Semmola a employé le soufre dans les fièvres gastriques aiguës, soit à la suite de catarrhe intestinal développé pour des erreurs de régime, soit en même temps de cause *a frigore*. Dans les fièvres typhoïdes, les effets ont été peu remarquables, si l'on excepte la diminution des phénomènes de putridité locale.

Au traitement interne par la fleur de soufre, M. Semmola ajoute l'usage externe en saupoudrant les draps de lit du malade avec la fleur de soufre plusieurs fois dans la journée.

Cette atmosphère soufrée aurait une influence heureuse sur les malades, soit au point de vue simplement antiseptique, soit au point de vue des effets locaux irritants que le soufre produit sur la surface cutanée dont les fonctions sont ordinairement plus ou moins affaiblies dans les maladies aiguës.

M. *Semmola* propose aux chirurgiens le soufre comme antiseptique soit dans les pansements des plaies rebelles, soit après les opérations.

Traitement de l'érysipèle par les antiseptiques.

M. *Jorissenne* (Liége) estime que la situation plus ou moins profonde des streptococci exige l'emploi des corps gras comme excipients, afin que l'adhérence aux téguments et l'absorption soient suffisantes.

La lanoline se prête mal aux onctions sur des parties douloureuses ; elle résiste au doigt. La vaseline empêche l'absorption. L'axonge augmente l'irritation cutanée.

Ce qui vaut mieux, c'est un mélange de beurre de cacao et de vaseline, celle-ci rendant la préparation de l'onguent plus aisée et plus rapide. Les frictions avec cette pommade sont toujours bien tolérées. L'antiseptique le plus sûr est le sublimé.

Traitement antiseptique des fissures à l'anus.

M. *Jorissenne* pense que dans la persistance des fissures les microbes jouent le plus grand rôle. Le traitement antiseptique est le seul rationnel et il est analgésique au premier chef. Le sublimé s'est montré promptement curatif. (D'autres antiseptiques réussiront probablement aussi.) Son application en pommade est indolore, commode et efficace.

Les onctions doivent être soigneuses et l'introduction du doigt dans le rectum aller jusqu'à 3 centimètres environ.

Traitement de la pelade.

Le traitement repose sur les mêmes bases que celui de toutes les maladies parasitaires ; il doit être prophylactique et curatif. Pour ce qui est de la prophylaxie générale, il faut désinfecter les peignes, les brosses à cheveux, chaque fois qu'ils ont servi ; il faut prescrire, pour éviter le transport par les taies d'oreiller, l'usage d'un bonnet de nuit qui sera changé tous les jours et purifier également les coiffures portées pendant la journée. On peut recourir indifféremment dans ce but soit à l'étuve, soit à des lotions avec l'eau phéniquée, l'alcool camphré et la solution de sublimé.

Les parasiticides les plus variés ont été employés, les solutions d'acide phénique et de sublimé, les teintures de capsicum et de staphysaigre, le naphtol et l'alcoolat de lavande; un alcoolat de térébenthine additionné d'un millième de sublimé sert pour le lavage des parties saines; il n'est employé pour le traitement des plaques dénudées que si elles sont trop étendues pour être soumises à l'action beaucoup plus rapide des vésicants.

On doit à Vidal la découverte de cette efficace médication qu'il a rendue facile à appliquer par l'emploi de la teinture de cantharides. Les vésicatoires doivent être renouvelés dès que l'épiderme s'est reformé ; si la plaque dénudée est étendue, on n'en recouvre chaque fois qu'une portion avec le liquide vésicant et l'on met ainsi trois ou quatre jours à la vésiquer entièrement.

Une pelade bien traitée par l'emploi combiné des vésicatoires et des lotions parasiticides doit guérir en trois ou quatre mois, alors que non soignée elle dure des années et parfois pendant toute la vie.

Des antiseptiques locaux dans le traitement de la syphilis.

M. *Hallopeau* estime que chaque manifestation syphilitique doit être considérée comme un foyer de pullulation du virus, comme une source de réinfection, aussi le traitement local vient, dans ces cas, puissamment en aide au traitement général ; on doit donc l'employer.

Si l'on veut exercer une action énergique et profonde, il faut recourir aux caustiques dont les plus usités sont le nitrate acide de mercure et le sublimé en poudre.

Le nitrate acide de mercure est un moyen réellement héroïque contre les syphilides des muqueuses. On ne l'emploie pas assez souvent, par crainte de la douleur que provoque son application. L'emploi de la cocaïne permet aujourd'hui de la réduire tellement qu'elle devient pour ainsi dire insignifiante ; on doit renoncer aux cautérisations médiocrement efficaces des syphilides muqueuses avec le nitrate d'argent et les remplacer régulièrement par les cautérisations avec le nitrate acide de mercure.

Le sublimé en poudre exerce une action caustique qui doit être surveillée de prés, en raison des phénomènes de dermite qu'elle peut provoquer à sa périphérie ; il est nécessaire de la limiter exactement à la partie que l'on veut atteindre. On peut l'employer comme moyen abortif du chancre quand celui-ci est tout récent et ne s'accompagne pas encore d'adénopathies indiquant la généralisation de la maladie. On peut espérer que le médicament, en pénétrant par absorption dans les lymphatiques de la partie malade, va agir à distance sur les éléments contagieux qui s'y sont introduits.

Les applications permanentes de sublimé en solution rendent journellement les meilleurs services : il faut les employer de préférence au 1/3.000 ou au 1/5.000 suivant la sensibilité du sujet et son mode de réaction : les parties malades sont recouvertes d'ouate, de charpie ou de compresses imprégnées de cette solution, puis de taffetas gommé ; il en résulte une espèce de bain local permanent ; c'est un modificateur d'une grande utilité ; il peut être appliqué sur toutes les ulcérations syphilitiques : nullement douloureux, d'un usage facile, il constitue un des moyens les plus sûrs d'améliorer rapidement l'état des parties et de transformer l'ulcération spécifique en une plaie simple.

Les bains de sublimé représentent cette même indication étendue à toute la surface du corps ; ils conviennent au traitement des roséoles et des syphilides papuleuses généralisées ; ils en hâtent la disparition et contribuent ainsi à éteindre ces nombreux foyers d'infection.

Les pommades mercurielles conviennent au contraire dans le traitement des syphilides localisées. S'il n'y a pas d'ulcération, on peut les employer en friction, et l'onguent napolitain est alors la préparation préférable.

Enfin, on a comme moyen capable d'agir rapidement et énergiquement sur une manifestation localisée, l'injection sous-cutanée d'une préparation mercurielle telle que l'huile grise : elle ne devra être employée qu'à dose minime (1).

(1) La majorité des membres du Congrès de dermatologie n'a pas été favorable à l'emploi des injections sous-cutanées d'huile grise, ainsi qu'on le verra dans l'analyse des travaux de ce Congrès.

Les syphilides des voies respiratoires sont plus souvent inaccessibles aux applications directes des médicaments ; on peut, conformément à l'enseignement de M. Diday, les combattre efficacement par l'inhalation de vapeurs obtenues en faisant tomber par parcelles une pincée de cinabre sur une pelle rougie.

Les préparations qui ont l'iode pour principe actif sont également utiles ; leur usage ne s'applique guère qu'aux formes ulcéreuses et c'est surtout à l'iodoforme qu'il faut avoir recours, notamment dans le traitement des syphilides fétides qui se développent à la vulve, à l'anus et aux extrémités.

L'iodoforme est aussi utile dans le traitement du chancre induré que dans celui du chancre simple, il n'est contre-indiqué que dans les cas où l'étendue des surfaces ulcérées peut faire craindre la résorption du médicament en quantité excessive et l'apparition des phénomènes toxiques; on peut l'employer soit en poudre, soit en pommade, incorporé dans la vaseline, soit en solution dans l'éther, soit enfin sous la forme de gaze ou d'emplâtre d'Unna.

Les toniques du cœur.

M. *Bucquoy* a lu un magistral résumé de la question, un peu obscurcie par les travaux de ces dernières années.

La *digitale* est considérée justement comme le remède par excellence des maladies du cœur. Elle réalise, en effet, le type parfait du médicament tonique du cœur ; aucun n'exerce sur le muscle cardiaque une action plus marquée et n'augmente d'une manière plus évidente son énergie contractile. Le ralentissement du pouls et sa régularisation, l'exagération de la sécrétion urinaire sont des effets secondaires du renforcement de la contraction cardiaque ; on sait quels merveilleux résultats donne la médication digitalique dans certaines périodes des maladies du cœur.

Depuis une dizaine d'années, la liste des médicaments cardiaques s'est beaucoup augmentée : la plupart de ces nouveaux remèdes appartiennent à la classe des toniques du cœur.

Voici, parmi ces nouveaux médicaments, ceux qui occupent dès à présent une place méritée dans les pharmacopées française et étrangères : ce sont avec la *Digitale*, à laquelle il convient de laisser toujours le premier rang, la *Caféine*, le *Convallaria maïalis*, l'*Adonis vernalis*, le *Sparatium scoparium*, le *Strophantus* (S. *hisdipus* et S. *kombé*), la *Scille*.

Viennent ensuite : l'*Antiaris toxifera*, l'*Helleborus niger*, l'*Erythrophlœum Guinense*, le *Nerium oleander*.

Presque toutes ces substances contiennent un principe actif qui jouit des propriétés les plus importantes de la plante dont il a été extrait. Ce sont des alcaloïdes ou des glucosides ; on les a désignés sous les noms de *digitaline*, *convallamarine*, *adonidine*, *spartéine*, *strophantine*, *antiarine*, *elléborine*, *érythrophléine*, *oléandrine*, etc.

Tous ces médicaments ont une propriété commune, celle d'augmenter l'énergie des contractions cardiaques.

Ce groupe comporte-t-il des divisions ? Peut-être. Mais pour les établir il faudrait, à l'aide de l'expérimentation, arriver à déterminer avec quelque précision leur mode d'action et classer ensemble ceux de ces remèdes qui agissent directement sur la fibre musculaire du cœur et ceux qui n'exercent leur action tonique sur le cœur que par l'intermédiaire du système nerveux, soit le système nerveux central, le centre bulbo-médullaire, soit les ganglions nerveux intra-cardiaques. L'action directe sur le muscle cardiaque peut être regardée comme certaine pour la digitale ; elle est probable pour le strophantus, l'adonis vernalis et la spartéine ; la caféine et la convallamarine, au contraire, paraissent porter d'abord leur action stimulante sur les centres vaso-moteurs.

Les toniques du cœur sont, en général, des poisons plus ou moins violents. Les recherches physiologiques sur le principe de leur toxicité ont fait reconnaître leur caractère de poison cardiaque ; c'est ainsi qu'ils ont conquis leur place dans le traitement des maladies du cœur.

Leur action toxico-cardiaque se traduit ordinairement, si les doses sont suffisantes, d'abord par une accélération des mouvements du cœur et l'exagération de la pression artérielle, puis par un ralentissement de ces mouvements, par l'arrêt de la circulation et une mort plus ou moins rapide qui laisse le cœur en état de systole, c'est-à-dire fortement contracté, quelquefois en diastole, c'est-à-dire paralysé.

A doses thérapeutiques, leur action sur la contraction cardiaque entraîne des effets secondaires qu'on obtient avec presque tous ces remèdes, mais à des degrés divers. Sous l'influence du renforcement de la systole et surtout de la systole ventriculaire, le pouls se relève, en même temps se ralentit et tend à se régulariser, la tension artérielle augmente et une diurèse plus ou moins abondante se produit. Les toniques du cœur sont tous ou presque tous des diurétiques.

Tous ces remèdes n'ont pas la même action sur les vaso-moteurs, ni sur la tension artérielle. Or, il est d'un intérêt capital de savoir quels sont ceux qui, à des propriétés toni-cardiaques, joignent une action vaso-constrictive ; car ces derniers seront utiles dans les affections mitrales où la tension artérielle est diminuée, tandis qu'on préférera un médicament sans action sur les vaisseaux dans les maladies cardiaco-aortiques, surtout s'il y a complication de néphrite interstitielle, ces cas étant ceux dans lesquels la pression artérielle s'élève au maximum.

Au point de vue de la tolérance, la digitale est certainement de tous les médicaments cardiaques celui sur lequel on peut le plus compter ; toutefois il est souvent mal toléré, provoque des troubles gastriques ; et la facilité avec laquelle il s'accumule dans l'organismo ne permet pas d'en continuer longtemps l'emploi. Le convallaria maïalis, le strophantus sont, au contraire, admirablement supportés ; on n'a pas à craindre, si on les administre assez longtemps, l'accumulation d'action : ce sont des avantages qui permettent de varier les médications et de satisfaire à des indications diverses. Ainsi la caféine et le convallaria maïalis serviront à maintenir les effets thérapeutiques obtenus par la digitale et, tout en continuant la diurèse, aideront à diminuer les stases sanguines. Nous demanderons plus spécialement à la spartéine de régulariser les battements du cœur, et au strophantus de calmer l'angoisse et la dyspnée, souvent si pénibles dans le cours des maladies cardiaques.

Dans les expériences physiologiques, c'est le plus souvent l'alcaloïde ou le glucoside, extrait

de la plante, qui sert à l'étude de son principe actif; dans les applications thérapeutiques, tantôt on emploie l'alcaloïde, tantôt on prescrit des préparations obtenues avec une partie ou la totalité de la plante.

La discussion récente à l'Académie de médecine (janvier 89) sur la strophantine et le strophantus a montré cependant que les avis sont partagés. M. Laborde et M. G. Sée se sont prononcés catégoriquement pour l'emploi exclusif des alcaloïdes ou des glucosides.

M. Bucquoy a combattu cette doctrine dans son application à la thérapeutique, car il n'est pas de praticien qui ne reconnaisse qu'on n'obtient pas des effets identiques en usant de la digitaline et de la digitale, de la morphine et de l'opium, de la quinine et du quinquina. La strophantine et le strophantus n'ont pas les mêmes effets thérapeutiques, car la strophantine n'est pas diurétique et exerce une action très irritante sur les reins, tandis que le strophantus provoque une diurèse abondante et soutenue, sans que l'on constate jamais des traces d'irritation rénale.

MM. Hérard, Dujardin-Beaumetz, C. Paul, Trastour, se sont élevés aussi contre la proposition soutenue par M. Laborde et M. Sée, qui conduirait à rayer de la matière médicale le plus grand nombre des remèdes les plus actifs et les mieux éprouvés par l'expérience des siècles.

Digitale et digitalines.

M. *Masius* considère la digitale comme le meilleur tonique du cœur; son mode d'administration n'est pas indifférent. La macération, l'infusion, ne sont pas, suivant lui, sans inconvénients; on a dit que la poudre de feuilles de digitale provoquait des troubles du tube digestif, amenait des vomissements, c'est là une imputation qu'il croit calomnieuse. La poudre de digitale, qui renferme d'une manière intégrale tous les principes actifs de la plante, est de toutes les préparations la mieux supportée; bien plus, qu'elle, l'infusion, la macération provoquent fréquemment des troubles digestifs.

M. *Féréol* indique la pratique mise en usage dans certains cas graves par M. le professeur Potain.

Une seule dose de digitaline est administrée au malade, elle est donnée en une seule fois. Cette dose est de un milligramme de digitaline cristallisée, préparée suivant le procédé de Nativelle; en voici la formule :

Alcool..................	10 cent. cubes
Eau......	10 cent. cubes
Glycérine............	5 cent. cubes
Digitaline............	0 gr. 025 milligr.

De manière à ce que chaque centimètre cube de la solution représente exactement un milligramme de digitaline.

Après cette dose unique on constate au bout de 48 heures, en moyenne, des effets toni-cardiaques et diurétiques très marqués, effets qui se continuent pendant plusieurs jours, plus ou moins suivant les cas, et au bout desquels il faut, ou renouveler la dose, ou administrer la digitale par un autre procédé, suivant les résultats qu'on veut obtenir.

M. *Semmola* préfère la digitaline amorphe qui, grâce à une préparation toujours la même, peut être considérée comme constante.

M. *Dujardin-Beaumetz* déclare que dans l'état actuel de nos connaissances, la digitaline est un médicament mal connu, partant dangereux et dont il faut s'abstenir complètement.

M. *Lépine* emploie l'infusion de poudre de digitale à dose considérable, 80 centig. à 1 gramme, *prise en une seule fois*.

Le pouls strophantique.

M. *Bucquoy* montre par de nombreux tracés sphygmographiques que le strophantus produit un pouls qui a pour caractère principal, l'amplitude exagérée de la pulsation, ce qui lui donne l'aspect du pouls de l'insuffisance aortique. Le pouls strophantique est un pouls qui se démitralise; le strophantus satisfait donc à l'indication maîtresse de l'asystolie qui est de rétablir en faveur de la pression artérielle l'équilibre qui tend à se rompre au profit de la tension veineuse. Il a sur les autres toniques du cœur l'avantage de la rapidité d'action et d'une action plus longtemps soutenue. Il ne peut agir que si la fibre cardiaque n'est ni trop affaiblie, ni trop dégénérée. Aussi son emploi est-il une pierre de touche.

Le muguet.

M. *C. Paul* ne croit pas qu'il existe vraiment des toniques du cœur. Les médicaments considérés comme tels agissent non pas sur le cœur lui-même, mais sur les obstacles à son fonctionnement placés sur le trajet des vaisseaux.

Il met au premier rang des médicaments cardiaques le convallaria maïalis (extrait aqueux des racines).

M. *Féréol* combat les idées théoriques de M. Paul, mais approuve comme lui l'emploi du muguet: en l'administrant 15 jours de suite et avec des repos de 15 jours on peut le continuer pendant plusieurs années.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi Roussel.

Nous avons ici même, il y a quelque temps, analysé les *Commentaires sur la loi Roussel* dont l'auteur, M. P. Fleury, est Inspecteur des Enfants Assistés dans le département du Cher. Dans son dernier rapport au Préfet, M. Fleury appelle de nouveau l'attention sur un certain nombre de points qui ont trait à l'élevage des enfants en bas-âge, aux causes de leur mortalité, aux moyens de la réduire et à ce qui intéresse l'hygiène de l'enfance.

« Ma conviction, dit-il, est que la mortalité diminuera notablement quand les médecins-inspecteurs seront régulièrement prévenus des placements et auront complètement refait l'éducation professionnelle de nos nourrices. Lorsqu'on aura rejeté l'usage des tourniquets, des paniers et des chariots, il y aura moins de décès occasionnés par des maladies des centres nerveux; lorsque tout les nourrissons seront élevés dans des logements salubres et mis à l'abri du refroidissement, bien peu succomberont à des maladies de l'appareil respiratoire; lorsque le service de la vaccination sera enfin organisé, nous n'aurons pas à craindre les épidémies varioliques; la mortalité par les maladies zymotiques sera extrêmement

faible quand un service d'hygiène fonctionnera régulièrement, c'est-à-dire lorsque des mesures prophylactiques seront prises sans aucun retard, pour arrêter la propagation des maladies transmissibles, lorsque les nourrices se serviront du biberon sans tube, lorsqu'elles ne donneront plus une alimentation prématurée aux enfants qui leur sont confiés, on ne verra point chaque année le 1/22e de l'effectif total mourir de maladies des organes digestifs, presque le 1/20e succomber avant l'accomplissement de leur troisième mois de vie.

Les tables de la mortalité seront réduites aux enfants nés avec une tare telle que la syphilis ou emportés par un accident dû au défaut de surveillance. »

Constatant que la connaissance exacte des causes de décès peut servir de point de départ à des mesures prophylactiques, M. Fleury demande qu'il soit établi dans chaque département des statistiques sérieuses.

Revenant sur l'idée émise dans ses *Commentaires sur la loi Roussel* et se basant sur ce que la mortalité du 1er mois s'élève à environ 40 % et est inférieure à 5 % à partir du 7e mois, l'inspecteur départemental du Cher pense qu'il y aurait lieu de modifier l'article 10 du décret réglementaire, c'est-à-dire de multiplier la surveillance médicale pendant les premiers mois, sauf non pas à la supprimer complètement, mais à la restreindre pendant la deuxième année.

Après avoir constaté que les enfants de moins d'un an nourris au biberon meurent dans une proportion bien plus forte que ceux qui sont élevés au sein, M. Fleury dit que le biberon ne réussit qu'autant qu'on peut se procurer, chaque jour un lait frais et abondant, et surtout lorsqu'on n'y ajoute pas l'alimentation prématurée. Bien compris, bien surveillé et surtout appliqué avec un instrument simple et facilement nettoyable, ce mode d'élevage donnera des résultats de plus en plus satisfaisants ; il faut que la nourrice ne puisse pas abandonner le biberon à l'enfant dans le berceau, et pour cela on doit proscrire le biberon à tube; par ce moyen la nourrice prendra des heures fixes pour donner à téter et le nourrisson, habitué à des repas réguliers, évitera les indigestions, cause première de la diarrhée cholériforme.

Au point de vue de l'alimentation prématurée les médecins inspecteurs devront faire comprendre aux nourrices que l'estomac d'un enfant de quelques jours ne peut pas digérer les aliments solides, que l'enfant succombera à une affection gastro-intestinale.

M. Fleury demande aussi la création de « nourrices expectantes » qui émargeraient au budget départemental un salaire mensuel de 30 francs, pour aller donner le sein aux enfants élevés au biberon et dont les parents seraient reconnus hors d'état de payer une nourrice au sein. Il voudrait de même voir rendre générales et obligatoires les mesures prises par M. le préfet de police, c'est-à-dire exiger des parents un *certificat médical* constatant : 1° que le nourrisson est dans un état de santé qui lui permet de supporter le voyage, 2° que ce même enfant ne paraît présenter aucun symptôme de maladie contagieuse.

La surveillance doit aussi redoubler pour les enfants naturels dont la mortalité est double de celle des enfants légitimes. L'enfant illégitime arrive souvent au monde mortellement blessé, pour ainsi dire par toutes les tentatives d'avortement qui précèdent sa naissance, ayant une constitution faible, maladive ou viciée. Et cependant l'on a quelquefois l'aplomb d'appeler les enfants naturels les enfants de l'*amour* !

Comme les femmes qui les portent les voient arriver au monde avec regret, enceintes, elles ne prennent aucune précaution pour les voir arriver heureusement au port, haussant, au contraire, leurs prètentions et leurs désirs jusqu'à les voir s'échapper avant terme.

A peine sont-ils nés, qu'elles les livrent à la première *meneuse* venue, étant sous-entendu ou même entendu avec ces *faiseuses d'anges* — c'est ainsi qu'on les appelle — qu'ils ne reparaîtront plus. Et de fait, après quelques mois de langueur et d'étiolement, ils vont dormir leur dernier sommeil sous quelque tertre abandonné de cimetière de village. Après avoir tant souffert pendant leur vie, morts, ils n'auront pas même les larmes d'une mére.

L'ignorance et le crime sont les causes de l'existence éphémère d'un grand nombre de malheureux petits êtres voués à la mort bien longtemps avant leur naissance ; pour lesquels, comme l'a dit Michelet, « le berceau n'est qu'un petit moment de lumière entre la nuit et le jour! »

De nos jours il y a une trop grande tendance à se soustraire aux charges qu'impose la paternité. Tous les moyens sont bons. On applique le moral *restraint* de Malthus ; quand ce moyen et d'autres encore ne réussissent pas ; certaines femmes n'hésitent, pas pour se *débarrasser du produit d'un moment d'oubli*, à s'adresser aux matrones et aux sorciers qui, jamais ne refusent leurs services. On trouve dans la bourgeoisie que la maternité fatigue et la femme et la bourse, et, dans le peuple, où les enfants sont moins rares, on les confie à des nourrices qui, deux fois sur cinq les repassent aux fossoyeurs.

Il serait donc temps de prendre des mesures énergiques, afin de faire cesser l'*infâme industrie des anges*, ce massacre des innocents qui appauvrit notre sève déjà si pauvre. Le seul moyen de sévir contre les *infanticides déguisés*, c'est de faire constater *médicalement* les causes des décès de tous les enfants nés vivants ou non. D'un autre côté, la création de maternités ferait aussi diminuer le nombre de crimes contre la vie de l'enfance.

M. Fleury s'élève ensuite contre la durée trop longue de l'allaitement, ce mode défectueux d'emmaillotement qui serre ensemble les membres et le corps.

En résumé, comme l'a fait remarquer le docteur Cézilly, dans cette lutte glorieuse, quoique peu retentissante, on peut tout avec les médecins et rien sans eux. L'organe le plus indispensable de la loi de protection, c'est le médecin inspecteur : la loi vaut ce qu'il vaut. Il serait donc utile que des conférences soient faites dans chaque commune sur l'hygiène du jeune âge. Il est sans doute peu d'objets plus intéressants, puisqu'elle tend à assurer aux familles des héritiers de leur nom, de leurs richesses, de leurs dignités et de leurs vertus, à la société des membres dignes d'accroître ses avantages et ses douceurs, et à l'État, des citoyens capables de soutenir sa gloire et sa prospérité. De grandes et sérieuses réformes peuvent seules permettre à cette noble institu-

tion de la Protection de l'enfance de donner tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle; elles auront pour effet de conserver et d'accroître ce capital humain, dont la moindre parcelle ne peut être perdue sans une atteinte à la sécurité nationale et à la grandeur de la Patrie.

J. Davéo.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Occlusion intestinale ; Vomissements de matières fécaloïdes ; massage et malaxation de la région abdominale ; guérison,

Par le Dr Bitterlin, officier d'Académie, médecin de l'hôpital de Baume-les-Dames (Doubs).

Mademoiselle L. J., domiciliée à Baume, âgée de 16 ans, d'une constitution assez délicate, n'est pas encore réglée ; elle est sujette de temps en temps à des coliques qu'on attribuait à l'approche de la menstruation. Dans la nuit du 23 juin dernier, elle est prise de douleurs épigastriques, elle vomit des matières alimentaires ; on croyait d'abord à une indigestion, mais le lendemain les coliques continuent ; pas de selles, vomissements persistants. Malgré toute la médication employée, les symptômes, loin de s'amender, deviennent plus alarmants ; les lavements purgatifs, les frictions avec une pommade à l'extrait de belladone et de jusquiame ne produisent aucun résultat ; l'eau-de-vie allemande est vomie avec des mucosités, aussitôt après avoir été avalée. Dans la journée du 24 juin, le ventre se ballonne encore davantage et à trois reprises différentes se déclarent des vomissements de *matières fécaloïdes*.

Je ne remarque rien de particulier du côté des organes génito-urinaires ; la région abdominale n'est le siège d'aucune tumeur ; il n'existe point de hernie ; il n'y a ni grosseur, ni douleur dans la fosse iliaque droite ; par le toucher, aucune accumulation de matière fécale dans la partie supérieure du rectum ; le doute n'est pas possible, je me trouve en présence d'une occlusion intestinale.

Les coliques deviennent plus violentes ; le hoquet se déclare, les traits commencent à se gripper ; le pouls est petit, filiforme. L'état général prend une grande gravité ; les yeux sont excavés, le nez effilé, les joues creuses ; l'anxiété est très accusée par suite de la dyspnée ; la voix est brève, l'intelligence intacte.

En présence de l'inefficacité de ma médication, l'idée me vient de masser et de malaxer fortement la région abdominale. Cette pratique est fort douloureuse.

Je fais placer immédiatement la malade dans un bain ; de violentes coliques surviennent, on entend des gargouillements et des selles se déclarent. L'état général ensuite s'améliore ; les vomissements cessent ; le ventre diminue, est moins ballonné ; les jours suivants, la région abdominale reste encore sensible, mais les garde-robes se rétablissent et la malade entre en convalescence.

J'ai cru de mon devoir de publier cette observation pour attirer encore une fois l'attention du corps médical sur les heureux résultats qu'on peut obtenir du massage.

Dans le courant de l'année 1882, j'ai eu à traiter deux cas analogues avec le même résultat heureux, en employant cette méthode de traitement.

Un de ces malades a été l'objet d'une observation publiée dans *l'Union médicale* du 18 mars 1882 ; l'autre, domicilié à Guillon, a été traité en même temps que moi par mon confrère, le docteur Picquard, résidant à cette époque à Vercel. Le diagnostic « obstruction intestinale » a été établi et le massage et la malaxation de la région abdominale ont amené le même résultat heureux.

Avant d'avoir recours aux moyens extrêmes : ponction de l'intestin, entérotomie, gastrotomie, opérations qui sont toujours d'une extrême gravité, malgré les précautions antiseptiques, il importe de tenter le massage et la malaxation de l'abdomen. Cette méthode de traitement peut amener la guérison dans certains cas, comme on vient de le voir. Elle peut aussi fournir un puissant auxiliaire à d'autres moyens dont l'efficacité est démontrée, mais qui nécessitent des appareils particuliers ; nous voulons parler de l'électricité et du lavage de l'estomac.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale de Vosges.

Compte-rendu du 11 mai 1889 (Suite).

De l'exercice civil des médecins militaires.

Le Dr Lardier, président, fait la communication suivante :

Messieurs,

Nous allons vous faire connaître, dans ses détails, une grosse question qui a été soulevée, depuis notre dernière réunion, à propos de l'exercice civil d'un médecin militaire. Si je ne vous ai pas demandé de vous réunir extraordinairement dans le cours des semaines qui viennent de s'écouler, c'est que, d'une part, vous nous avez déjà fait connaître antérieurement quelle était votre opinion catégorique au sujet de la clientèle civile des médecins de l'armée, que, de l'autre, les membres de la commission d'initiative de notre Association, en prêtant, dans ces circonstances, à votre bureau un concours effectif et dévoué, ont facilité notre tâche. C'est donc, comme vous allez le voir, une grosse, délicate et difficile question que nous avons eue à résoudre. Nous sommes, à cette heure, sortis à notre honneur des passages difficiles qu'il nous a fallu traverser, et cela parce que, dans toutes nos revendications, nous avons été soutenus par le sentiment du devoir qui nous incombait, et parce que nous avons énergiquement voulu rester dignes de la confiance que vous nous avez accordée. Nous avons suivi notre droit chemin, sans hésitation et sans faiblesse, et sans rien sacrifier, je le dis hautement, de notre dignité professionnelle, parce que nous n'avons demandé en somme que le triomphe du droit, de la vérité et de la justice. C'est de ces sentiments que vous vous inspirerez, j'en suis sûr, mes chers collègues, lorsque tout à l'heure vous nous dicterez la conduite que nous devrons tenir dans la suite de cette affaire.

Lorsque des différends analogues à celui que

nous soumettons aujourd'hui à votre appréciation ont été portés devant vous, vous avez toujours écarté les personnalités, pour ne traiter que la question générale. Aujourd'hui, plus que jamais, il importe que ces débats, qui pourraient devenir irritants, soient dégagés de toute question personnelle (1) ; il importe que le souci de l'intérêt commun professionnel fasse place à toutes les autres préoccupations.

Une plainte a été déposée par quatre médecins, contre les médecins militaires.

Suivent en plusieurs pages les pièces et correspondances que nous nous contenterons de résumer, à cause de l'espace qu'elles occupent.

La *Commission du Syndicat* décide qu'on réclamera l'imposition de la patente.

Le médecin militaire prétend qu'il ne demande pas d'honoraires.

Le *contrôleur principal* répond que le fait d'exercice ne lui semble pas *habituel* et fréquent, et le *directeur des contributions* réclame des faits précis à l'appui de la plainte.

Des faits positifs sont allégués par les plaignants.

Le contrôleur principal recherche une solution amiable. Elle n'est pas reconnue acceptable, et en présence de la multiplicité des constatations d'exercice, le 29 avril 1889, le Directeur écrit au Président que le médecin militaire va être inscrit au rôle des patentes.

Ensuite il réclame un nouveau délai et annonce qu'il va procéder à un supplément d'enquête. On lui fournit alors la preuve que depuis le 1er janvier 1889 le médecin militaire a touché des honoraires.

Nous reprenons ici le compte rendu de la séance du syndicat.]

L'affaire en est là ; et nous attendons toujours avec la même patience que M. le Directeur des contributions veuille bien nous confirmer sa lettre du 29 avril dernier.

Une nouvelle enquête est ouverte. Elle nous donnera raison, parce que nous avons raison.

Nous ne pouvons cependant nous empêcher de remarquer que M. le Directeur a usé vis-à-vis de M. Y... de procédés exceptionnels, auxquels l'administration n'a jamais recours quand il s'agit de contribuables ordinaires. M. le directeur reconnaît implicitement que M. Y... aurait dû être patenté en 1888. Non seulement il ne le patente pas en 1889, mais il lui accorde le bénéfice d'une enquête préalable, qui est toujours refusée au *vulgum pecus*. En thèse générale, on patente d'abord, et on examine ultérieurement les réclamations et les demandes en décharge. Or, la loi doit être une pour tous les citoyens français, et nous ne saurions admettre que l'administration se permette de recourir à des procédés d'exception, pour favoriser tel ou tel contribuable. Dans ce cas, nous affirmons que la conduite de M. le Directeur n'a pas été correcte.

M. le Directeur ne ferait certainement pas pour nous ce qu'il a fait pour M. Y...

Pour terminer, il me reste à vous demander d'approuver ou de désapprouver par un vote formel la conduite que nous avons eue jusqu'à cette heure. Nous devons aussi vous demander votre avis au sujet des éventualités qui peuvent se présenter.

M. Y.. doit être patenté, cela n'a pas soulevé le moindre doute dans l'esprit des membres de votre Commission d'initiative.

Si l'administration des contributions directes confirme sa lettre du 29 avril, rien de mieux.

Si cette administration, à la suite de sa nouvelle enquête, conclut à la non-imposition, que devrons-nous faire ?

(*A suivre.*)

(1) Nous supprimons à dessein dans ce compte rendu tous les noms propres, tout ce qui peut avoir un caractère personnel. Nous faisons l'historique d'une affaire médico-militaire, voilà tout.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Moulinier, de Excideuil (Dordogne), présenté par M. le docteur Rogée, de Saint-Jean-d'Angely.

M. le Dr Argueyrolles, du Parc Saint-Maur (Seine), présenté par M. le docteur Cancalon, de Charenton.

NECROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le docteur Germain, de Douvaine, membre du *Concours médical*.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Traité descriptif des *Maladies de la Peau*. Symptomatologie et Anatomie Pathologique, par MM. HENRI LELOIR, professeur à la Faculté de médecine de Lille. EMILE VIDAL, médecin de l'Hôpital Saint-Louis. Grand in-8° avec 6 planches en couleurs. Prix.................. 10 fr.

Chasse à Tir. Chasse à Courre. Petit Dictionnaire de Jurisprudence à l'usage des chasseurs par RAOUL LAJOYE, avocat à la cour d'appel de Paris. Un volume in-18. Prix cartonné 3 fr. 50

Du Tir du Gibier. Pourquoi l'on manque. Comment on tue. Education d'un jeune chasseur, par JULES PETIT. Un volume in-18, 3e édition. Prix.................. 2 fr. 50

Du traitement des Aliénés dans les familles, par le Dr CH. FERE, médecin de Bicêtre. Un volume in-18........ 2 fr. 50

Mannel D'Hydrothérapie suivi d'une instruction sur les Bains de Mer, par le Dr MACARIO. Un volume in-18. 4e édition, revue et augmentée.................. 2 fr. 50

La France préhistorique d'après les sépultures et les monuments, par EMILE CARTAILHAC. Un vol. in-8°, avec 162 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise (tome 68 de la collection).................. 6 fr.

Œuvres complètes de J.-M. CHARCOT (de l'Institut), tome VIII. *Maladies Infectieuses*. Affections de la peau, kystes hydatiques, Estomac et Rate Thérapeutique, Un volume in-8 10 fr.

Traité d'Anatomie Pathologique, par E. LANCEREAUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Tome III. *Seconde partie*. Un volume in-8°, avec 55 figures intercalées dans le texte (gratis pour les souscripteurs). Prix du tome III complet, 1 vol. in-8°, avec 186 fig. intercalées dans le texte 25 fr.

Dictionnaire abrégé des Sciences médicales, par le Dr L. THOMAS, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, etc. Un volume in-12, broché.................. 7 fr.
Cartonné.................. 7 fr. 50

Le Massage de l'Utérus, Par le Dr NORSTROM, Un volume in-8°.................. 5 fr.

Traité élémentaire des Maladies des voies urinaires, par le Dr E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'Hôpital Necker. Avec une préface du professeur F. Guyon, Un fort volume in-18 jésus, cartonné diamant, de 1,000 pages avec figures.................. 10 fr.

Manuel pratique des Maladies des Yeux, par le Dr LOUIS VACHER, membre de la Société française d'opthalmologie, etc., etc. Un volume in-18 jésus, cartonné diamant, de 675 pages avec 120 figures.................. 7 fr. 50

Le Morphinisme. Habitudes, impulsions vicieuses, actes anormaux, morbides et délictueux, *Des Morphiomanes*, par le Dr G. PICHON, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, etc., etc. Un volume in-18 jésus de 450 pages.... 4 fr.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 35 | 31 Août 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Trépanation du crâne pour accidents épileptiformes consécutifs à un ancien foyer d'hémorrhagie cérébrale.

M. *Just Lucas-Championnière* a relaté à l'Académie (20 août) la 30me trépanation qu'il a pratiquée pour des accidents autres que les traumatismes; les résultats qu'il a obtenus jusqu'ici sont les suivants. Vertiges et douleurs de tête: 4 cas, 2 guérisons, 1 amélioration, 1 état stationnaire.

Epilepsie symptomatique de fractures du crâne: 4 cas, 4 guérisons.

2 cas de douleur violente consécutive à des chocs, 2 guérisons.

Paralysie droite incomplète avec crises épileptiques, amélioration.

Hydrocéphalie : 1 cas, amélioration passagère.

Epilepsie idiopathique 11 cas. Dans aucun de ces cas, la trépanation avec ouverture des méninges n'a été nuisible, 3 cas semblent être des guérisons, 3 autres ont donné des améliorations considérables. Ces faits sont bien importants, si l'on considère combien est pauvre la thérapeutique de l'épilepsie, et les malades opérés par M. Championnière avaient épuisé tous les moyens.

Quant au dernier malade opéré, c'était un homme de 53 ans, ayant eu deux ans auparavant une attaque d'hémorrhagie cérébrale qui lui avait laissé de la parésie du membre inférieur droit, un peu de gêne de la parole, une contracture très marquée de la main droite et surtout des attaques épileptiformes qui allaient en augmentant. On pouvait donc affirmer l'existence d'un foyer occupant la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante, irritant les centres du bras et confinant aux centres de la parole et aux centres du membre inférieur.

M. Championnière dirigea donc en conséquence ses incisions et l'application du trépan, et sous les méninges épaissies et adhérentes à ce niveau trouva un ancien foyer au lieu prévu d'avance. La paroi du foyer fut excisée, les débris couleur de rouille enlevés, la cavité nettoyée; puis la plaie des méninges et celle des téguments suturés avec toutes les précautions d'usage. L'opération avait durée une heure 1/4.

Les bénéfices de cette intervention ont été immédiats. Dès le lendemain, la contracture de la main avait disparu. Dès que le sujet put marcher, on constata que la marche était beaucoup plus facile, la parole plus claire, l'intelligence plus nette. Les attaques épileptiformes ont cessé.

C'est assurément un fait nouveau que d'ouvrir le crâne pour un foyer hémorrhagique; quel est l'avenir réservé à cette intervention? Il est difficile de le dire; mais il est certain que chez ce malade, si l'ouverture avait eu lieu plus tôt, les résultats eussent été meilleurs.

Pour intervenir avec chance de succès, il faut que le foyer agisse seulement par compression, il faut aussi que les symptômes présentés par l'altération ou la compression des centres psychomoteurs ou psycho-sensoriels, fournissent des indications précises. M. Championnière estime et a prouvé que le champ de la chirurgie cérébrale devrait beaucoup s'élargir.

CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE.

Les traumatismes cérébraux et médullaires dans leurs rapports avec la médecine légale.

Telle a été la première question discutée par le Congrès international de médecine légale qui a commencé ses séances le 19 août sous la présidence de M. Brouardel.

M. *Vibert* a exposé la question dans un rapport fort bien fait dont voici l'analyse, d'après le *Progrès médical*.

L'étude des traumatismes cérébraux offre des

applications médico-légales fort importantes. Les troubles consécutifs du système nerveux sont très fréquents, d'importance considérable. Il faut les rattacher à leur véritable cause, évitant la simulation intéressée. Les traumatismes cérébraux comprennent toutes les blessures de l'encéphale, depuis les plus graves jusqu'aux plus légères commotions, celles même qui résultent d'un simple ébranlement. On comprend que leur étude, même limitée aux conséquences tardives, comprenne une grande partie de l'histoire des maladies des centres nerveux, et précisément de celles si difficiles à interpréter, qui sont encore groupées dans les névroses. On peut voir, même à la suite d'un ébranlement général, des manifestations psychiques partielles, obnubilation, aphasie transitoire, et surtout cet état d'automatisme dans lequel le blessé accomplit les actes nécessaires pour assurer son salut sans même en avoir conscience. Les méningo-encéphalites localisées ou à marche rapide sont bien connues, et leur histoire est faite dans les traités classiques.

Il n'en est pas de même de l'épilepsie, de la paralysie générale, de l'aliénation mentale, qui peuvent suivre les traumatismes. Sur ce point, presque tous les auteurs pensent que le trauma n'est qu'une cause occasionnelle et qu'il faut une prédisposition individuelle. Cette opinion est exagérée, car dans bon nombre de cas il est impossible de trouver dans les antécédents personnels ou héréditaires du blessé la moindre tare du systéme nerveux. Quand on veut faire la part du traumatisme dans l'éclosion, aprés de longues années, d'une maladie mentale, on se heurte à cette difficulté qu'il n'y a point de forme spéciale de paralysie générale traumatique ; sa clinique est semblable à celle des cas spontanés. De même pour l'aliénation mentale.

L'épilepsie est mieux connue, car le trauma détermine une lésion anatomique, esquille, exostose, épanchement sanguin, etc. On peut aussi rencontrer la paralysie agitante, la chorée et surtout l'hystérie.

D'autres conséquences morbides forment des types encore mal définis, difficiles à classer, à tableau incomplet. Dans ce groupe, il faut distinguer surtout les *cérébraux* de Lasègue. Etourdissements, vertiges, obtusion intellectuelle, hyperexcitabilité sous l'influence de la colère ou de l'alcool, et surtout changement trés marqué du caractére, tels sont les principaux traits de ce tableau. Des accidents plus aigus constituent le *délire par accès*. Ces sujets, quelque sains qu'ils puissent être avant l'accident, et c'est là ce qui les distingue des dégénérés, sont éminemment prédisposés à la démence et à toutes les affections cérébrales chroniques. Enfin, une dernière complication, c'est la *glycosurie* transitoire ou permanente, dont la genèse est loin d'être élucidée ; car, de même que les accidents nerveux surviennent chez des hommes antérieurement bien portants, elle apparaît chez des sujets ne présentant pas, en général, les signes de ralentissement de la nutrition fixés par le professeur Bouchard.

M. *Gilles de la Tourette* a répondu au nom de l'Ecole de la Salpêtrière. Il est, en dehors des états morbides esquissés par M. Vibert, tout un ensemble de phénomènes nerveux dont la réalité n'est pas douteuse, mais dont la nature est diversement interprétée. Il s'agit des désordres consécutifs au choc nerveux, Railway-spine des Anglais, qui constituent pour beaucoup d'auteurs une affection nerveuse spéciale, tandis que le professeur Charcot la rattache à l'hystérie, en raison des stigmates somatiques, anesthésies sensitivo-sensorielles, paralysies, qui seraient constants chez les sujets atteints. C'est Erichsen qui, en 1886, créa pour ainsi dire cette question avec quatorze observations d'accidents survenus pour la plupart en chemin de fer. Il attribua les symptômes qu'il avait remarqués du côté de l'encéphale, de la moelle et des membres à une méningite plus ou moins grave ; la méningomyélite d'Abercrombie et d'Ollivier (d'Angers). En 1882, Page publie un travail basé sur 250 cas, rattachant au cerveau les symptômes observés et faisant du Railway-Brain un état comparable à la neurasthénie et à l'hystérie. Le vertige, les douleurs de tête, les hallucinations, les troubles de l'ouïe, de l'odorat, de la vue et surtout les stigmates, tels que le rétrécissement du champ visuel, suffisent au point de vue nosographique, en dehors des autopsies qui n'ont pas donné de résultats, pour ranger la maladie dans l'hystérie mâle. C'est elle qui domine dans cet état spécial; c'est l'auto-suggestion créée par la terreur, le choc local, etc., qui suffisent pour perpétuer l'état pathologique. La ténacité des anesthésies et des paralysies est encore un caractère commun aux deux affections. Quant à l'objection tirée de la rareté relative de l'hystérie chez l'homme, elle tombe devant les récentes recherches du professeur Charcot et de ses élèves, qui ont montré l'extrême fréquence de cet état chez les malades des services courants de médecine et de la consultation du Bureau central.

M. *Vibert* admet parfaitement les idées de M. Charcot, mais avec des restrictions. M. Gilles de la Tourette déclare que le traumatisme n'est que secondaire et que la prédisposition est indispensable. Pourtant, la statistique comprend beaucoup d'hommes de quarante à soixante ans, calmes, anciens militaires, et qui avaient été exposés sans inconvénients à d'autres dangers. D'autre part, des hystéro-épileptiques confirmés n'ont présenté aucune aggravation après des accidents semblables. Il faut donc renverser le problème et considérer surtout le traumatisme. La nature même du trauma est très importante. A la suite des rixes, coups d'épée, de couteau, balles de revolver, on n'observe pas cet état auquel on doit conserver provisoirement le nom de Railway-spine. Au contraire, il est surtout fréquent dans les accidents de chemin de fer. On le retrouve dans les accidents de voiture, dans les chutes sur la tête, du haut d'un échafaudage. La commotion joue donc un rôle indéniable. Au point de vue pratique, le pronostic de ces cas est très difficile à formuler ; aussi ne doit-on l'indiquer que d'une façon très vague dans les rapports médico-légaux.

M. *Lacassagne* (de Lyon) a vu dans sa pratique une grande quantité de malades que chacun a pu trouver aussi. Il s'agit d'ouvriers bien portants et laborieux, qui, une fois blessés et alités, ont une répugnance très grande à se remettre au travail, répugnance entretenue surtout par l'espoir d'obtenir de plus forts dommages-intérêts de leurs patrons. Ils sont encouragés dans cette idée par des courtiers véreux et n'osent bouger de chez eux de peur d'être vus par les agents des compagnies d'assurances. Leur ap-

petit et leur état général restent pourtant bons. Une fois leur procès jugé et la comédie finie, ils se remettent au travail comme avant. M. Lacassagne désigne ces malades sous le terme de *procéduriers*. Ce ne sont point des simulateurs ; ce ne sont pas non plus des malades, ce sont des gens qui se laissent aller à exagérer plus ou moins leur état. Ils ne sont d'ailleurs pas hystériques.

M. *Motet*. — Les difficultés signalées par M. Lacassagne sont réelles et fréquemment rencontrées. Il est évident que toutes les suites des traumas cérébraux ne peuvent rentrer dans l'hystérie, et l'on ne peut suivre M. Gilles de la Tourette quand il accuse les experts d'examiner trop vite les sujets et de méconnaître leur état névropathique ; dans les cas légers il peut y avoir chez le traumatisé des symptômes hystériformes ; mais les cas graves s'éloignent absolument de l'hystérie et se rapprochent tellement des affections centrales à marche progressive, qu'elles sont parfois très difficiles à distinguer de la paralysie spinale vraie.

M. *Duponchel* pense que, tout en admettant comme vraie au point de vue scientifique la doctrine de la prédisposition, on ne peut sans injustice l'adapter au point de vue pratique. Voici pourquoi : un soldat est blessé, il en résulte pour lui une monoplégie brachiale hystérique tenace, qui peut durer des années, car la gravité de ces affections est plus grande qu'on ne l'avait supposé d'abord. Si le médecin le déclare hystérique et prédisposé, il n'a droit, d'après la loi militaire, à aucune pension de retraite. Et pourtant, sans l'accident, il eût pu continuer indéfiniment à se bien porter.

M. *Christian* est convaincu, d'après sa pratique, que, quelle que soit la bénignité apparente d'une plaie de tête, il faut toujours faire les plus grandes réserves pour l'avenir, car la paralysie générale peut apparaître même après dix années.

M. *Brouardel* croit qu'on serait bien près de s'entendre si l'on supprimait le mot hystérie. M. Vibert voit le début des accidents, M. Lacassagne les suit au cours de la maladie et quand le procès se poursuit. M. Christian voit lui, la période tertiaire. C'est là ce qui explique leur apparente divergence. Au point de vue des stigmates, il trouve leur valeur purement relative. Les criminels ont aussi des plaques d'anesthésie et des paralysies sensitivo-sensorielles, dès qu'ils sont en prison ; ils n'en avaient pas avant ; elles cessent dès qu'ils sortent de prison. C'est donc une hystérie expérimentale et transitoire, qui ne répond pas à l'idée qu'on se fait généralement de la maladie. Pour lui, ces accidents relèvent des troubles de nutrition amenés par le brusque changement de régime que subissent le blessé ou le condamné. Il en résulte une intoxication par les ptomaïnes, accompagnée de toxicité des urines. Quant à la prédisposition, son rôle a été fort exagéré. Tout le monde se trouverait prédisposé si l'on relevait les tares les plus légères des familles.

Examen méthodique des petites filles victimes d'attentat à la pudeur.

M. *Lacassagne* (de Lyon) a précisé les règles à suivre dans ces expertises.

Ces sortes d'affaires sont extrêmement fréquentes, et constituent en moyenne le 1/3 des affaires criminelles d'une session. Il serait nécessaire d'adopter une règle, une méthode de laquelle on ne se départirait pas, et l'on devrait même créer des feuilles d'observation médico-légales contenant un questionnaire à remplir. Les petites filles à examiner sont les enfants au-dessous de 13 ans ; il faut considérer la victime et le violateur. — *Examen de la victime*. Cet examen doit être fait dans le plus bref délai, devant une tierce personne, aide ou même gardien ; il faut laisser l'enfant faire son récit, car il est des détails qu'une menteuse ne peut inventer, et qui peuvent éclairer le juge ; c'est ainsi que presque toujours il n'y a pas intromission, mais seulement ce que M. Lacassagne appelle le coït périnéal. C'est donc au niveau de la fourchette, et non du clitoris qu'on trouvera le plus souvent les rougeurs et excoriations produites par le pénis. On examine la constitution générale de l'enfant, puis on passe à l'examen local. On note les ecchymoses, coups d'ongle sur les genoux, mollets, cuisses, etc. On examine ensuite la vulve et l'hymen en le déplissant quand besoin est. On n'observe sa déchirure que 26 fois 0/0 à peu près. On note l'état des écoulements, parfois très abondants et les traces de masturbation, car les magistrats interrogent toujours sur ce point. Il n'y a à cet égard aucun signe physique net, si ce n'est l'aspect général de flétrissure et de défloration et la présence assez constante d'un point mammaire douloureux. On termine par l'examen de l'anus. Il ne faut pas négliger de revoir l'enfant 8 à 10 jours après. — *Examen du violateur*. On doit noter son état physique, sa force musculaire, pour vérifier les dires de l'enfant, les marques de maladie, de tatouage qu'il peut présenter. Au point de vue moral, il faut savoir que l'état de célibataire, certaines professions telles que celle de cordonnier, l'existence d'une blennorrhagie, constituent autant de présomption contre l'accusé.

M. *Richardière*. — Ce qui complique cette question, c'est que rien ne permet de faire le diagnostic de la vulvite des petites filles d'avec la vulvite blennorrhagique.

MM. *Pouchet, Lacassagne* ont recherché le *Gonococcus* de Neisser sur les taches de linge. Il faut, pour qu'on puisse le retrouver, que les taches soient encore fraîches ; au bout de quelques heures, il n'est plus temps et toute recherche est infructueuse.

M. *Descouts*. — L'examen des linges saisis et portant la date de la saisie permet quelquefois de constater que l'écoulement est antérieur à l'attentat. Il y a là un signe à ne pas négliger.

Questions médico-légales relatives à l'abus de la morphine et de la cocaïne.

MM. *Lutaud* et *Descouts* ont présenté le rapport qui servait de base à la discussion.

Tous les médecins ont été à même de constater les progrès du morphinisme pendant ces dernières années. La médication hypodermique, qui rend de si grands services en thérapeutique, s'est généralisée, en ce qui concerne la morphine, au point d'inspirer de sérieuses inquiétudes. Cet engouement pour la morphine s'explique par la facilité avec laquelle elle supprime l'élément douleur ; elle est pratique pour le médecin, recherchée par les malades qui s'habituent vite à la morphine. Dans certains cas de cancer ou d'affection médullaire, c'est un bienfait. Mais pour les maladies curables : névralgies, douleurs abdominales, etc.

les conséquences sont souvent très graves ; car les cas de morphinisme chronique toléré, bien que réels, sont les plus rares. Le plus souvent les malades s'amaigrissent, s'étiolent, sont épuisés par les abcès cutanés, etc. A notre époque, le point important de l'intoxication morphinique, c'est que les malades ne se procurent plus la morphine chez les pharmaciens, mais chez les droguistes. Les premiers, en effet, ne doivent pas renouveler les ordonnances, ils sont très sévèrement punis, quand ils livrent des doses toxiques de morphine. C'est donc chez le droguiste que les malades s'approvisionnent en gros. Ils y ont un triple avantage : d'échapper à la surveillance du médecin ; de se procurer le toxique en quantités illimitées, et enfin de le payer beaucoup moins cher. Quel serait le remède ? Il est simple ; il suffirait, en effet, que les droguistes soient réglementés comme les pharmaciens eux-mêmes. *Les droguistes et fabricants de produits chimiques et pharmaceutiques ne peuvent vendre de la morphine qu'aux pharmaciens ; la livraison du toxique ne peut avoir lieu qu'à domicile* : tel est le vœu qui est proposé au Congrès. La vente par les pharmaciens est limitée par ce seul fait que le pharmacien ne doit exécuter qu'une seule fois une ordonnance toxique. Quant aux malades qui font des faux et se signent eux-mêmes des ordonnances, ils sont faussaires et tombent sous le coup de la loi. En résumé, ce n'est plus ni par les médecins, ni par les pharmaciens, mais par les droguistes que se répand le poison, c'est donc là qu'il faut agir.

M. *Motet*. — A côté de la morphine, il y a la cocaïne qui donne des accidents aigus de délire furieux extrêmement graves ; or, on peut facilement se procurer la cocaïne chez les droguistes ; comme la morphine, il y aurait donc intérêt à l'ajouter à la liste des substances que le droguiste ne peut délivrer qu'aux seuls pharmaciens.

Le Congrès a voté les vœux suivants :

1° *Les droguistes et fabricants de produits chimiques ne peuvent vendre de la morphine et de la cocaïne qu'aux pharmaciens ; la livraison du toxique ne peut avoir lieu qu'à domicile.*

2° *Les pharmaciens ne peuvent exécuter qu'une seule fois, à moins de mention contraire inscrite par le médecin, une ordonnance contenant de la morphine ou de la cocaïne.*

La syphilis des nourrices au point de vue médico-légal.

Cette question, d'une importance pratique si grande et encore si obscure, a été étudiée par M. *Morel-Lavallée* dans un rapport excellent qui a reçu les éloges du président, M. Brouardel.

La question comporte deux faces : celle du danger social résultant de la propagation de la vérole ; celle de la responsabilité matérielle et morale du médecin. Il doit louvoyer entre la nécessité de respecter le secret professionnel et celle d'empêcher la contamination par l'allaitement, ces deux nécessités étant également sanctionnées par des condamnations.

Première question. — Le médecin, consulté par des clients, trouve un enfant hérédo-syphilitique. — A). *La nourrice est encore saine.* Le médecin doit immédiatement suspendre l'allaitement, même si la nourrice est instruite du cas et consentante, car son consentement serait immoral et nul. L'enfant doit être allaité au biberon, au lait de chèvre, ou par une nourrice syphilitique. Dans les grandes villes, comme Paris, les hôpitaux spéciaux peuvent fournir beaucoup de jeunes mères contaminées (50 à 60 par an à Lourcine), et il serait possible d'organiser, grâce à eux, de véritables bureaux de nourrices syphilitiques. Il faut ensuite, après avoir suspendu l'allaitement, conserver la nourrice en observation quelques semaines, en conseillant aux parents de la garder comme domestique, car elle peut être en incubation de syphilis. Il est inutile de dire à la nourrice pour quelle raison on suspend l'allaitement. Si les parents continuent l'allaitement malgré le médecin, celui-ci doit renoncer au traitement et dégager sa responsabilité en adressant au père, par lettre chargée, une consultation dont il garde le double. C'est la pratique du professeur Brouardel.

Cette première partie est adoptée.

B). *L'enfant est trouvé hérédo-syphilitique et la nourrice déjà contaminée.* Il faut à tout prix garder la nourrice, pour deux raisons : conserver au nourrisson les bénéfices de l'allaitement et empêcher la nourrice de contaminer son mari ou son enfant. Le médecin doit conseiller au père d'avouer la vérité à la nourrice et de traiter avec elle à ce moment pour une indemnité qui évitera de la part de la nourrice une action tardive.

Deuxième question. — Le médecin inspecteur des nourrires ayant dépôt d'enfants assistés trouve la syphilis chez un enfant. Dans ce cas l'obligation du secret professionnel cesse, on suspend l'allaitement et on prévient le maire de la commune. Le médecin agit là comme expert, comme fonctionnaire enquêteur. Il y a là exception à la loi sur le secret professionnel. Cette exception est créée par la loi du 23 décembre 18.. et s'explique par ce fait que les enfants assistés n'ont pas de famille.

Troisième question. — Un médecin trouve la syphilis sur un nourrisson confié par ses parents à une nourrice ayant dépôt. Il faut, comme dans la première question, suspendre l'allaitement et prévenir le père. Mais que dira-t-on à la nourrice qui devra rester, de plus, six semaines en observation, sans nourrir ? M. Fournier est d'avis, et M. Morel-Lavallée aussi, qu'il est inutile de lui dire quelle est la maladie dont l'enfant est atteint.

La discussion s'engage sur ce point. MM. *Barbier, Ladreit de Lacharrière* trouvent que dans ce cas il est difficile d'interdire à la nourrice de nourrir sans lui donner de raisons. D'autre part, en en donnant, on tombe sous le coup de l'article 378 du Code pénal, visant le secret professionnel.

M. *Brouardel*. — Cet article est à la fois une sauvegarde pour le médecin et pour la société. Au point de vue du droit la question est insoluble, le médecin ne peut parler. Il doit donc tourner la difficulté et empêcher par tous les moyens possibles la nourrice d'allaiter dans le cas où il est demandé par la famille. Mais dans cette troisième question, le secret professionnel n'existe plus, puisque c'est la nourrice qui est la cliente. On doit la prévenir.

M. *Morel-Lavallée*. — Mais alors vous donnez une consultation à un enfant qui ne vous est pas amené par ses parents ?

M. *Brouardel* est d'avis qu'il ne faut pas exagérer l'article 378. Le père n'a pas de recours con-

tre le médecin dans ce cas, car il n'avait confié aucun secret à ce médecin.

M. *Barbier* est de cet avis ; dans ce cas le médecin ne tombe pas sous le coup de la loi.

Quatrième question.—Un médecin est consulté par une nourrice venant seule et affectée de syphilis à point de départ mammaire. La situation est exactement la même que dans le cas précédent, et la réponse à la question est semblable.

Cinquième question. — Nourrices en incubation de syphilis. La nourrice encore saine est gardée six semaines ; sa lactation est entretenue à l'aide d'un petit chien. Si la syphilis se déclare quand la nourrice a quitté la famille où elle a été contaminée, deux cas peuvent se présenter : ou l'enfant nouveau-né qu'elle allaite n'a rien encore, on le met en observation six semaines ; ou l'enfant est atteint d'un chancre labial ; il faut que les parents fassent contre fortune bon cœur et conservent la nourrice. Les dangers de contamination sont très grands, car le médecin qui constate une syphilis héréditaire, sans que la nourrice soit encore atteinte en apparence, la fait renvoyer sans lui dire pourquoi. Elle ne se sait pas malade et se replace. Si le chancre apparaît alors, et c'est très fréquent, la voie est ouverte à des contagions nouvelles. Il faut donc empêcher les médecins de mettre ainsi à l'abri leurs clients aux dépens des autres. M. Fournier a proposé qu'on exige de toute nourrice, ayant déjà allaité un enfant, un certificat médical constatant que cet enfant n'était affecté d'aucune maladie contagieuse, ce qui pourrait s'obtenir par arrêté préfectoral. M. Duvernet a proposé au contraire d'engager à fond les parents, en exigeant d'eux qu'ils s'engagent par écrit, en prenant la nourrice, à lui délivrer, au moment de la cessation de l'allaitement, un certificat constatant que leur enfant n'aura été, pendant cette période, atteint d'aucune maladie contagieuse, spécifique et héréditaire. Il n'y a que la syphilis qui réponde à cette définition. — En tout cas, il est urgent de réglementer cette question, car, jusqu'à présent, quand une nourrice est renvoyée sans explications d'une maison, on doit suspecter la syphilis et lui interdire l'allaitement deux mois, ce qui est la perte de son industrie.

M. *Brouardel*, résumant l'opinion du Congrès, pense que cette question ne peut être actuellement résolue et qu'il n'y a même pas lieu d'émettre un vœu.

Sixième question. — Le mari est un ancien syphilitique que le médecin a suivi et soigné. A partir de combien d'années de syphilis lui permettra-t-on de donner à son enfant une nourrice au sein ? M. Fournier a donné des points de repère approximatifs dans son livre *Syphilis et Mariage.*

M. *Brouardel* a connu un malade qui s'est marié au bout de cinq ans de syphilis, a eu cinq enfants parfaitement bien portants, et le sixième syphilitique. Ceci prouve qu'on ne peut tracer de règles absolues en médecine, et M. Brouardel ne voudrait d'ailleurs pas que l'on tirât de ce cas des conclusions rigoureuses.

M. *Morel-Lavallée.* — Les délais moyens sont de trois à cinq ans de traitement et deux à trois ans passés sans nouveaux accidents, pour qu'on puisse permettre à un syphilitique de se marier, mais il faut rester dans des termes assez vagues.

Septième question.— Le médecin, nouveau-venu dans une famille après l'accouchement, apprend que le nouveau-né envoyé en nourrice avant son arrivée est susceptible d'hérédité de syphilis. De l'avis général, ce cas rentre dans la première question, il faut prévenir le père et suspendre l'allaitement.

Huitième question. — On fait venir dans une famille un accoucheur qui fait l'accouchement, choisit une nourrice et n'est plus rappelé dans la famille. L'opinion des magistrats du Congrès et du président est que l'accoucheur à qui l'on n'a rien confié et qui n'a rien vu n'est pas responsable de ce qui arrive. Il faut laisser à la conscience du médecin ordinaire de prévenir l'accoucheur ; mais si le père l'éloigne à dessein, il est évident qu'il ne peut rien.

M. *Morel-Lavallée* propose que l'accoucheur ne choisisse la nourrice que de concert avec le médecin ordinaire. (Adopté.)

M. *Lacassagne.* — Il existe un cas que le rapporteur n'a pas indiqué. L'enfant syphilitique meurt, laissant sa nourrice en incubation. Elle devient syphilitique ensuite. Toute action est-elle éteinte ? Non, car on peut faire l'exhumation de l'enfant et retrouver les lésions hépatiques et surtout les altérations osseuses, et remonter à la cause de la contagion.

M. *Brouardel.* — On peut ordonner une exhumation ou une autopsie dans un procès au criminel ; mais dans un procès au civil il n'en est plus de même. Il n'y a pas de texte de loi qui puisse forcer les parents à faire faire l'autopsie. Dans l'affaire des empoisonnements du Havre, qui s'était d'abord engagée au civil, on eut des difficultés pour obtenir l'exhumation d'une bonne.

MÉDECINE PRATIQUE

Des troubles digestifs chez les petits enfants

I

Un très grand nombre d'enfants succombent à des troubles digestifs : gastro-entérite, choléra infantile, athrepsie, voilà les diagnostics qui se trouvent inscrits sur les statistiques officielles. Si les enfants jeunes succombent si souvent à des affections du tube digestif, cela tient à plusieurs causes. D'abord au peu de soins que beaucoup de parents et de nourrices apportent à l'alimentation des enfants.

Le règne du biberon n'est pas près de finir, malgré la croisade faite par les médecins en faveur de l'allaitement maternel. Ce que n'avait pu obtenir des femmes de son temps l'éloquence pathétique de l'auteur d'Emile, les raisonnements scientifiques du nôtre ne l'ont pas obtenu davantage : les mères dans la classe aisée ne nourrissent pas plus leurs enfants qu'au temps de Rousseau. Les maris, par égoïsme génital, sont complices de l'égoïsme mondain des femmes, et les médecins font souvent preuve d'une complaisance excessive en abondant avec trop d'empressement dans le sens du mari et de la mère de l'accouchée, quand ils déclarent que celle-ci est trop faible de constitution pour nourrir elle-même son enfant.

La nourrice mercenaire sur lieux ou en province, voilà le parti auquel on s'arrête dans les familles aisées. J'ai pourtant vu récemment une famille de millionnaires dans laquelle on a adopté le biberon, parce que la mère ne voulait pas que son enfant se prît d'affection pour la mercenaire

dont le sein l'aurait nourri. Ne croyez pas cependant qu'elle se donnât la peine de faire elle-même la cuisine du bébé. C'était une nourrice sèche qui présidait aux repas de l'enfant et on ne comprend pas ce que la jalousie maternelle y gagnait ; le petit être se fût aussi bien attaché à la femme qui lui donnait son biberon qu'à la nourrice qui l'eût suspendu à sa mamelle. Je ne me charge pas d'expliquer ces inconséquences de la logique féminine. L'enfant sauva la situation en mourant d'une entérite cholériforme aux premières chaleurs ; « par accident, il allait si bien jusque-là ! » dit l'entourage..... Ce fait pour montrer que le biberon ne sévit pas uniquement sur le pauvre monde.

Mais, outre le choix d'un mode d'alimentation défectueux, il faut encore faire entrer en ligne de compte au point de vue de la mortalité par affections des voies digestives, les fausses manœuvres thérapeutiques, tranchons le mot, l'inexpérience de beaucoup de médecins en matière de traitement de la dyspepsie des petits enfants.

Quand on soigne un adulte atteint d'embarras gastrique ou de catarrhe intestinal, on peut sans dommage irréparable ne pas instituer la thérapeutique la plus logique ; le malade se remettra peut-être moins vite, mais il n'est pas probable qu'il en meure, d'abord parce qu'il a une résistance suffisante, ensuite parce qu'il se défendra instinctivement contre les errements de son médecin. Je m'explique.

L'adulte qui par suite des fermentations excessives dont son tube digestif est le siège cesse d'avoir faim, mais est dévoré de soif, se met de lui-même à la diète d'aliments et se rafraîchit avec des boissons aqueuses. — L'enfant qui éprouve les mêmes symptômes, mais qui ne sait pas dire : « je n'ai pas faim, j'ai soif, » est dans une situation bien plus critique. Il se précipite avec avidité sur le sein ou sur le biberon, et, comme le lait qu'on lui donne, une fois coagulé dans l'estomac, est en réalité un aliment solide, réclamant un travail digestif dont ses organes sont momentanément incapables, il continue à introduire de la matière putrescible dans un réservoir en pleine fermentation ; cette matière bientôt putréfiée continue à l'intoxiquer. Aussi, malgré les drogues qu'on lui donne par surcroît, continue-t-il à vomir et à avoir la diarrhée. Les accidents d'intoxication s'accusent : anurie, hypothermie, crampes, convulsions, coma, mort. Voilà le tableau des accidents à marche aiguë. Ou bien il y a des alternatives de répit, de courtes et trompeuses rémissions suivies de trop certaines et longues rechutes ; la thérapeutique, mieux conduite, enraye les accidents d'intoxication, mais pendant ce temps les forces se sont épuisées, les tissus détruits, et la mort peut survenir plus tard d'inanition.

Au fond il y a eu erreur médicale au début, l'erreur consistant à croire qu'il suffit de donner des médicaments pour guérir des troubles digestifs, sans s'inquiéter suffisamment de l'alimentation elle-même.

Cette erreur ne fait de victimes que chez les petits enfants ; car le même médecin qui, s'il avait été appelé près d'un enfant de cinq ans atteint de troubles digestifs, aurait commencé par prescrire la diète, ne pense pas ou n'ose pas dire pour un enfant de six mois atteint des mêmes troubles : « Suspendez ou diminuez l'alimentation par le lait. »

II

Les causes qui font qu'un enfant nouveau-né présente des troubles digestifs sont nombreuses et je ne puis ici résumer la pathologie des voies digestives.

Pour retracer cependant les grandes lignes, il suffira d'énumérer, si l'enfant est au sein, la mauvaise qualité du lait par suite de troubles dans la santé de la nourrice, — la trop grande quantité de lait absolue ou relative ; — car tel enfant qui digérait bien 60 grammes de lait toutes les deux heures la semaine dernière, ne peut le faire aujourd'hui, si la température extérieure plus élevée ou le travail de la dentition ont diminué la quantité ou modifié l'activité de ses sécrétions digestives.

Si l'enfant est au biberon, outre la quantité et la qualité du lait, il peut y avoir place parmi les causes de troubles digestifs pour la malpropreté des récipients et l'adultération du lait par des germes extérieurs.

La pathogénie des troubles gastriques et intestinaux des petits enfants est complexe : quelques-uns des processus morbides nous sont familiers, il y en a que nous commençons à peine à soupçonner.

Ainsi nous avons appris par les recherches de Damaschino et Clado, qu'une certaine espèce de diarrhée verte est en corrélation avec la présence ou la pullulation d'une bactérie spéciale ; puis Hayem et Lesage nous ont montré que, les garde-robes étant alors neutres ou alcalines, il suffit de modifier, par l'acide lactique, la réaction du contenu intestinal pour arrêter la pullulation de la bactérie pathogène et faire cesser la diarrhée. Cette bactérie est-elle introduite accidentellement dans le tube digestif des enfants ? Y vit-elle babituellement, en parasite inoffensif côte à côte avec tant d'autres microbes, hôtes utiles ou indifférents du tube digestif, et ne devient-elle nociveet pathogène à de certains moments que par suite de modifications des sécrétions chimiques ? Ce sont là des questions non résolues.

De tout temps on a connu ces garde-robes vertes, à réaction acide, par polycholie, qui traduisent la congestion hépatique due à un excès d'alimentation ou à la décomposition des aliments ingérés. Les médecins ont appris empiriquement à leur opposer l'emploi des alcalins et quelques petites doses de calomel.

Mais outre ces formes bien tranchées, combien d'autres sont mal établies !

Les troubles gastriques qui surviennent chez certains enfants à l'occasion de l'éruption des dents, et qu'on appelle tour à tour, suivant leur marche aiguë ou subaiguë et leur intensité plus ou moins grande, indigestion, embarras gastrique, catarrhe stomacal, — ceux qu'engendre progressivement une alimentation défectueuse soit comme qualité, soit comme quantité : dyspepsie, gastrite, atonie et dilatation de l'estomac, quelle en est la pathogénie ?

Il y a part dans leur genèse pour des facteurs divers. A l'origine il s'agit souvent d'une perturbation du système nerveux d'origine réflexe : c'est la gingivite dentaire, c'est un coup de froid ou une excessive chaleur qui diminuent l'activité des sécrétions gastriques, la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique par exemple.

Celui-ci ne protège plus les aliments contre les microbes, hôtes habituels de la bouche ou de l'intestin, qui se mettent à pulluler et à fabriquer avec excès des poisons innombrables, indol, phénol, crésol, scatol, ammoniaques composées, hydrogènes sulfuré et carboné, acides gras, ptomaïnes, etc. Ces subtances toxiques résorbées vont imprégner le système nerveux, et localement irritent la muqueuse, dont le catarrhe et l'hypercrinie encombrent le tube digestif de mucus et d'épithélium en desquamation.

Ainsi l'influence du système nerveux, les modifications chimiques des sécrétions physiologiques, la stagnation des matières indigérées, le parasitisme et l'infection, l'auto-intoxication sont les stades principaux ou les facteurs variables de ces états morbides du tube digestif que nous offre à chaque instant la première enfance. — Le problème est plus complexe encore ; car je laisse à dessein de côté la question du phagocytisme, et desinfections secondaires, qui, encore peu connue, m'obligerait à entreprendre une trop longue digression. J'y reviendrai quelque jour à loisir.

III

La plupart des médecins ont confusément compris certaines données du problème, mais non toutes ; ce que trop peu saisissent, c'est l'opportunité de telle ou telle conduite thérapeutique à tenir. D'ailleurs les indications changent vite dans ces états morbides ; ce qui était convenable le matin, ne l'est plus le soir et, s'il y a des maladies dans lesquelles il faille suivre de près le malade, c'est certainement dans celles-là !

Quand on compare les ordonnances des médecins appelés à soigner les troubles digestifs des petits enfants, on s'aperçoit qu'elles se divisent en deux catégories : il y a celles qui ne font intervenir que les alcalins, les astringeuts, les opiacés ; il y a celles où on ne voit que les antiseptiques. Peu de médecins savent faire à propos l'application de l'une et de l'autre de ces médications. Bien moins encore savent organiser la diététique, qui est cependant la clef de la guérison.

Il faut prendre des exemples concrets pour se faire comprendre.

Un enfant d'ordinaire bien portant, tétant régulièrement et de bon appétit toutes les deux heures le jour et deux fois dans sa nuit, commence à vomir une partie de son lait une demi-heure ou une heure après l'avoir pris ; ses garde-robes contiennent manifestement des grumeaux de lait non transformés. Il ne digère donc pas complètement, il prend cependant le sein avec la même avidité ; il se plaint même, s'agite et le réclame avant l'heure habituelle, parce qu'il a soif. L'indication à ce moment est bien simple, *diminuer l'alimentation*, c'est-à-dire, espacer les tétées ou laisser prendre moins de lait à la fois, alcaliniser légèrement le lait pour le faire coaguler en plus petits fragments qui seront plus vite et plus facilement digérés ; quelques cuillerées d'eau de Vals ou de Vichy répondront à cette indication et calmeront la soif.

Si on n'est appelé qu'à un degré plus accentué, qu'il y ait ou non vomissements, il y a garde-robes vertes, puis fétides, grisâtres, séreuses, muqueuses, multipliées, riziformes ; ventre ballonné, bouche sèche, soif vive. L'intoxication est ici manifeste. Les indications se posent autrement. La première de toutes est de *supprimer l'alimentation*, de suspendre momentanément toute introduction de substance fermentescible dans le tube digestif, d'évacuer le contenu putride de celui-ci pour entraîner les poisons formés et de réaliser l'antisepsie pour empêcher la production de fermentations nouvelles. C'est alors que le calomel donne un très bon résultat (0 gr. 05 à 0 gr. 30 centigr.) ; puis l'emploi d'un antiseptique : résorcine (0 gr. 10 à 0 gr. 50), salicylate de soude (0 gr. 05 à 0 gr. 10), benzoate de soude (2 à 4 gr.), naphtol, salicylate de bismuth, etc., donné par la bouche et sous forme de lavements antiseptiques. On peut varier les antiseptiques et les associer aux alcalins et aux poudres inertes, craie et bismuth. Les antiseptiques insolubles sont préférables et je placerais en première ligne le naphtol, s'il n'était pas d'une administration difficile à cause de sa saveur brûlante ; en suspension dans une potion gommeuse très sucrée, on réussit cependant à le faire avaler.

C'est seulement quand toute cette besogne d'Augias aura été accomplie, c'est-à-dire au bout de quelques heures, qu'on pourra essayer de nouveau d'introduire de l'aliment, mais en très petite quantité, en surveillant bien les garde-robes qui suivront.

S'il est permis de laisser plusieurs heures l'enfant sans lait, il ne faut pas le laisser sans boisson; car il est indispensable qu'on rende à ses tissus l'eau que la diarrhée leur a soustraite, et que l'urination continue pour entraîner les poisons absorbés. L'eau des lavements y pourvoit pour une part, et l'eau alcaline qu'on donne par la bouche ou l'eau contenant quelques principes toniques stimulants (vieille eau-de-vie, café.)

A un degré plus avancé des accidents morbides, on observe l'hypothermie, ventre plat, urines rares ou nulles, convulsions ou adynamie et coma. C'est aux stimulants du système nerveux qu'il faut alors s'adresser avec énergie et décision : alors point d'évacuants, point d'antiseptiques ; injections sous-cutanées d'éther, de camphre, (camphre 0,60, alcool, eau à 5 gr.) ou de caféine ; frictions cutanées, sèches et aromatiques, bain sinapisé, bain de camomille à 38°, bain de vin.

Par la bouche de quart d'heure en quart d'heure une cuillerée à café d'un vin généreux (Champagne, Porto, Sherry, Malaga, coupés d'eau par moitié).

Lavements d'eau boriquée, suivis de lavements de bouillon et de vin.

Puis, quand le danger de mort imminente est un peu écarté et qu'on essaie d'introduire des substances alimentaires, si c'est la digestion stomacale qui est surtout défectueuse, ne pas commencer par le lait, mais par des lavements de bouillon dextrinés, de la décoction d'orge, de l'eau albumineuse, un peu de bouillon de poulet, de veau ou de bœuf dégraissé et additionné d'un peu de dextrine.

Ce n'est qu'au bout d'un nombre plus ou moins grand d'heures, d'un, deux, trois nycthémères même qu'on peut revenir à l'usage du lait, qu'il faut quelquefois donner glacé ou coupé d'un tiers de bouillon ; on peut encore donner, une demi-heure ou une heure avant le sein, un lavement de 30 à 50 gr. de bouillon contenant 10 gr. de dextrine. Cet emploi du bouillon et de la dextrine est basé sur les travaux de Schiff relativement aux substances peptogènes. Herzen, dans un livre excellent sur la digestion stomacale a bien

mis en lumière le parti qu'on peut tirer de ces substances.

Puis on peut, si la digestion gastrique continue à s'accomplir laborieusement, essayer de faire suivre chaque injection de lait de quelques cuillerées à café d'une potion chlorhydro-pepsique, comme celle-ci :

Pepsine	1 gramme.
Acide chlorhydrique	0 gr. 50
Sucre	10 gr.
Eau distillée	120

Quand l'alimentation est reprise régulièrement, il faut bien surveiller les garde-robes, et ne pas hésiter à diminuer de nouveau l'alimentation au moindre indice de digestion imparfaite.

En résumé, ce que j'ai voulu mettre en lumière dans cet article, c'est que le premier devoir du médecin, — le plus négligé cependant dans les troubles digestifs, quelle qu'en soit la cause, — est de diminuer ou de supprimer l'alimentation et d'en varier la nature. Le second est de bien saisir l'indication thérapeutique urgente suivant l'étape à laquelle le processus morbide est arrivé ; il y a un moment pour les alcalins et les astringents, un autre pour les évacuants et les antiseptiques, un autre pour les stimulants et les toniques, un autre pour les analeptiques.

Ces indications varient suivant les malades et plusieurs fois dans le cours de la même maladie ; elles se déduisent de l'examen des déjections, des signes abdominaux et de l'état général. Si on les saisit exactement, on sauve l'enfant ; si on ne sait pas les discerner, on le perd.

Cela n'est pas au fond bien difficile, mais cela demande une grande attention, des visites fréquentes et une autorité absolue sur l'entourage du malade. Cette autorité, ni l'âge, ni la situation scientifique ne suffisent à la donner ; mais tout médecin peut la conquérir en quelques heures, s'il a du sang-froid, du tact et le feu sacré, c'est-à-dire le désir passionné de sauver son malade.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Séance du comité de direction du 17 août 1889.

Présents : MM. les docteurs Cézilly, Gassot et Maurat. — Excusé : Dr Gibert.

Le Conseil examine les comptes de gestion et constate que, à la date du 13 août, les recettes disponibles s'élèvent :

Rentes et coupons divers	845 fr. 06	
Dons	330 fr. 20	total 1175.26
Capital non disponible 47 adhésions. 469 fr. 85		
Dépenses		597.75
Reste disponible		577.51

Le Conseil décide que ces 577 fr. 51 seront versés à valoir sur la somme de 800 francs à laquelle ont été liquidés les frais de préparation du Congrès professionnel. Il restera dû pour ce chapitre 282 fr. 49.

Le Conseil décide que la réunion annuelle de la Société civile du Concours Médical aura lieu sous bénéfice de l'assentiment du bureau de l'Union des syndicats le premier ou le deuxième dimanche qui suivra le scrutin de ballottage des élections législatives.

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie. — Elle se trouve en possession d'une somme disponible de 385 fr. 97. Le Conseil décide l'achat d'une obligation foncière 1877.

Ont signé : MM. Cézilly,
Maurat,
Gassot.

Mobilisation de l'armée et Médecins.

L'article 51 de la nouvelle loi militaire porte qu'en cas de mobilisation, nul ne peut se prévaloir de la fonction qu'il occupe pour se soustraire aux obligations de la classe à laquelle il appartient ; mais il autorise en même temps à ne pas rejoindre immédiatement, en cas de mobilisation, les titulaires des fonctions et emplois désignés dans des tableaux annexés à la dite loi, sous la condition qu'ils occupent ces fonctions ou emplois depuis six mois au moins. Par application de cet article 51, *les médecins et chirurgiens des hospices, les médecins chefs de service des hospices, les médecins et chirurgiens des services pénitentiaires, maisons centrales et pénitenciers* sont placés sous les ordres des Ministères de la guerre et de la Marine ou mis à leur disposition, en cas de mobilisation, et attendent leurs ordres dans leur situation respective ; *les médecins en chef des établissements nationaux de bienfaisance, les directeurs et médecins titulaires des asiles publics départementaux* sont autorisés, en cas de mobilisation, à ne pas rejoindre immédiatement, quand ils n'appartiennent pas à la réserve de l'armée active.

Les hommes autorisés à ne pas rejoindre immédiatement sont, dès la publication de l'ordre de mobilisation, soumis à la juridiction des tribunaux militaires.

Exercice de la médecine sur les frontières.

Monsieur le Directeur,

J'apprends par un petit journal de ma localité qu'une convention a été signée entre la France et les pays limitrophes en vue de régler l'exercice de la médecine et de la pharmacie sur les frontières.

Je ne sache pas que le pouvoir administratif, qui fait si fréquemment appel à notre désintéressement et à notre dévouement, ait daigné faire à ce sujet la moindre enquête. La convention a été signée sans étude préalable de la question. Aussi les intérêts des médecins français sont-ils indignement sacrifiés. — Mais, me diront les philanthropes, c'est en vue de l'intérêt des malades que la convention a été signée. Tant pis pour les médecins, ils doivent, comme chacun des membres de la Société, s'incliner devant l'intérêt général. — C'est vrai, mais il ne me sera pas difficile de prouver que cette fameuse convention est faite non seulement contre les médecins, mais encore contre les malades, c'est ce qui se passe présentement dans mon canton et probablement dans beaucoup d'autres.

En effet, depuis qu'il est question de cette réglementation, les médecins suisses ont pris pied chez nous. Au mépris de la loi, ils viennent à jour fixe de chaque semaine donner des consultations dans les villages voisins de la frontière. Ils ont ainsi notablement agrandi leur clientèle et diminué la nôtre d'autant. De sorte que la Vallée

suisse qui nous avoisine et qui avait peine à conserver un médecin et était obligé de le subventionner, cette vallée, dis-je, en compte présentement deux. En revanche, le canton de Morez (14,000 habitants) qui en avait toujours eu deux, ne peut plus en faire vivre qu'un. Pour en avoir un deuxième qui lui est absolument indispensable, les communes seront obligées de lui faire une subvention. Voilà le résultat de la convention. L'argent français sert à entretenir deux médecins dans un pays suisse qui en aurait bien assez d'un, et d'autre part les villages français seront obligés (ce qui ne s'est jamais vu dans le pays) de subventionner un deuxième médecin, si ils veulent le conserver, car en voilà deux qui quittent la place à quelques années de distance.

Que l'on ne vienne pas objecter que le gouvernement a pris soin de réserver expressément pour les Français à l'étranger les mêmes droits qu'il conférait en France aux étrangers. Tout médecin qui habite la frontière a bien vite appris à ses dépens la différence de caractère des deux peuples. Le Français a naturellement les défauts de ses qualités ; généreux par instinct, il accueille avec facilité et recherche même ce qui vient de l'étranger. Le Suisse, au contraire, est méfiant, calculateur et chauvin à l'excès ; et je pose en fait que le doyen de la Faculté de médecine de Paris en personne viendrait habiter le voisinage de la frontière, qu'il n'aurait pas un Suisse à sa consultation.

N'avons-nous pas, il y a deux ans, lu à la *Chronique professionnelle* du « *Concours* » les doléances des médecins français voisins de la frontière belge ? Ne nous ont-ils pas raconté que des industriels étaient assez dénués du sentiment de solidarité qui devrait animer tous les Français pour confier à des médecins belges le service médical de leurs usines, tandis qu'il y avait à leur proximité des médecins français, jeunes, instruits et ne demandant qu'à occuper leur activité ? Je connais du reste pareil fait dans un département voisin — ce qui prouve que tout se passe la même chose partout. Eh bien ! la convention va sanctionner ces empiètements, qui sont assurément regrettables au point de vue de l'intérêt matériel des médecins français, mais qui sont bien autrement préjudiciables à l'honneur et à la dignité de la Nation. Que l'on permette aux médecins étrangers de venir voir des malades en France sur une demande expresse du malade pour chaque visite, rien de mieux ; mais encore fallait-il rigoureusement borner cette tolérance au village bordant la frontière. On aurait pu tolérer une ou plusieurs consultations avec les médecins du pays à toute distance ; mais livrer une zone de 20 kilomètres aux appétits de nos voisins, c'est un peu fort.

Entrons plus avant dans la question. Les médecins étrangers vont-ils pouvoir s'installer en France comme en pays conquis et exploiter une région comme bon leur semblera, c'est-à-dire faire comme mon voisin, venir à jour fixe de chaque semaine relancer les clients dans tel village sur lequel ils auront jeté leur dévolu, ou bien leur présence sur notre territoire devra-t-elle être chaque fois justifiée par un appel direct du malade ? Tout cela serait intéressant à savoir. Ce n'est pas que je m'illusionne beaucoup sur l'efficacité d'une réglementation, mais je crois pouvoir affirmer que, si nos bons voisins ont le champ libre, avant quelques années ils seront arrivés non seulement à suppléer, mais encore et surtout à supplanter les médecins français. Tel sera le résultat infaillible de la convention.

Deuxième question. Le gouvernement, en conférant aux étrangers les mêmes droits qu'aux médecins français, leur imposera-t-il les mêmes charges sociales, médecine administrative, (enfants assistés, visites aux écoles, médecine des pauvres), sans oublier les corvées médico-légales ? Et quant aux impôts, je parierais bien que monsieur le contrôleur n'ira pas les taquiner au sujet de la patente, et que leurs chevaux et leurs voitures ne rapporteront pas grand'chose au Trésor.

Il serait également intéressant de savoir quelle sera la durée de cette convention et si elle est revisable.

J'espère, Monsieur le Directeur, que vous voudrez bien faire votre possible pour élucider ces diverses questions qui ne peuvent manquer d'intéresser une notable partie de vos lecteurs.

Ceci m'est une nouvelle occasion de regretter que le corps médical ne soit pas directement représenté par une *Association générale de protection et de défense professionnelle.* Les syndicats rendent certainement des services, mais strictement bornés à la région. Il aurait fallu, lors de leur établissement, copier exactement l'organisation de l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels* des médecins de France, qui a fait ses preuves, et commencer par organiser la tête. Cela pourrait encore se faire en créant à Paris un *Syndicat central* auquel se rattacheraient d'abord tous les syndicats de France comme ils le sont actuellement par l'*Union*, et dont les membres se recruteraient dans tous les départements où il n'y aurait pas de syndicat établi.

Recevez, je vous prie, Monsieur et cher Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr C.

Du flagrant délit en médecine légale (1).

« M. *Mottet.*—J'ai présenté une lettre du docteur X... qui soumet à la Société le cas suivant : Le 7 mars, l'autorité mettait en arrestation la femme Y... pour sévices sur son enfant. Le 12 mars, le docteur X... était requis par le juge de paix, invoquant le flagrant délit, à effet d'examiner cet enfant. Le docteur X... est d'avis que le magistrat a usé d'un subterfuge pour le requérir, car le flagrant délit n'était pas constitué dans l'espèce. Le docteur X... a obéi pour ne pas se créer des ennuis, mais soumet le fait à l'appréciation de la Société de médecine légale.

M. *Brouardel.*— Depuis 1811, le paragraphe 12 de l'article 475, qui a trait au flagrant délit, donne bien de la tablature aux médecins (2). La question est, d'ailleurs, extrêmement importante, et je propose à la Société de la mettre à l'ordre du

(1) Société de médecine légale.

(2). Voici cet article :

« Seront punis d'amende, depuis 6 francs, jusqu'à 10 francs inclusivement :

1°...

....

2° Ceux qui *le pouvant*, ayant négligé de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont ils auront été requis, dans les circonstances d'accidents, tumulte, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandage, pillage, *flagrant délit*, clameur publique ou exécution judiciaire.

jour de la prochaine séance. Les pouvoirs publics, à commencer par les maires ou même les gendarmes, agissant comme officiers judiciaires, en usent avec la plus grande désinvolture vis-à-vis du médecin qu'ils requièrent à tout propos, invoquant le flagrant délit pour justifier une réquisition souvent injustifiable. Il ne se passe pas de mois sans que je reçoive les doléances de confrères ainsi molestés.

L'un d'eux m'écrivait dernièrement qu'il avait été ainsi requis par le maire d'une commune pour aller examiner un pendu. Il se déplaça, fit son rapport, et lorsqu'il réclama les très minimes et très justes honoraires que lui accordait la loi pour une expertise, le maire invoqua le flagrant délit et se libéra de la sorte. Il serait donc absolument nécessaire d'être fixé sur le flagrant délit, afin que le médecin connût, une fois pour toutes, ses droits à se récuser.

M. *Chaudé*. — Le médecin ne peut être juge en pareille matière. C'est à l'autorité qu'il appartient d'en connaître.

M. *Horteloup*.—Pardon! L'autorité doit appliquer la loi et seulement la loi, et, en pareille matière, il existe des textes. L'article dit : « Ceux qui, le pouvant... » il faut donc que le médecin puisse constater le flagrant délit : ensuite la jurisprudence semble avoir déterminé que le flagrant délit n'existe plus, lorsqu'il s'est passé trois jours complets depuis le moment où les délits ont été commis.

M. *Brouardel*.—La question, je le répète, mérite d'être étudiée, et les médecins, dans la circonstance, sont loin d'avoir tous les torts. Ils sont requis de rechercher les causes de la mort dans telle ou telle circonstance. Premier désagrément; il leur faut, dans des conditions déplorables le plus souvent, faire une autopsie, puis rédiger un rapport. Ensuite, il faut se rendre aux assises du chef-lieu de département, y passer deux jours, se voir en outre en butte de la part de l'avocat, à des objections qui cachent le plus souvent des embûches, tout cela pour la somme de 20 à 25 francs. En cas de refus, la loi les condamne à 5 francs d'amende; je connais des confrères qui ont préféré se laisser condamner. La peine n'est pas infamante et la condamnation leur est moins préjudiciable que l'obéissance à une réquisition dans laquelle le flagrant délit n'est parfois qu'un subterfuge. Je connais un département où le parquet ne trouverait pas un expert en dehors de ceux qui se sont adonnés professionnellement pour ainsi dire à la médecine légale.

Le véritable moyen de sortir de cette situation est dans la réorganisation des expertises. Chaque parquet devrait s'attacher un médecin légiste qui se serait préparé sur les bancs de l'Ecole à ces délicates fonctions, et le médecin devra, au lieu des émoluments dérisoires qui lui sont actuellements alloués, toucher des honoraires en rapport avec les services qu'il est appelé à rendre. Il devra pouvoir vivre de sa profession.

L'article 475, paragraphe 12, porte : « ceux qui le *pouvant*.... » Que répondre à un médecin qui se récusera en disant : « Je ne peux, car je ne sais pas. Je n'ai jamais fait d'expertise judiciaire et ne veux pas entrer dans cette carrière sans y être préparé. » Ne sera-t-il pas sage de l'écouter, et si on le contraint à obéir, son rapport au lieu d'éclairer la justice ne servira-t-il pas à l'induire en erreur ?

La Société nomme une commission composée de MM. Horteloup, Chaudé, Masbrennier, Rocher et Laugier, chargée de lui faire un rapport sur la question du flagrant délit en médecine légale.

(*Bull. méd.*) GILLES DE LA TOURETTE.

Association des médecins du département d'Alger

PROJET DE CODE DÉONTOLOGIQUE

I. — *Des devoirs du médecin envers ses confrères*,

par une Commission du Bureau, composée de MM. CAUSSIDOU et MOREAU.

Le projet suivant a été rédigé par la commission, qui s'était inspirée d'abord du code déontologique adopté par les médecins de la Nièvre, du code déontologique rédigé par M. Caussidou pour le syndicat médical d'Alger qui l'avait accepté, et enfin des conseils donnés par le docteur A. Dechambre dans son livre : « Le médecin » (1).

Il a été soumis à une première délibération du bureau, dans la séance du 1er décembre 1888 et remanié conformément aux indications fournies par cette première discussion.

La commission le propose aujourd'hui, dans sa forme nouvelle, à la délibération de l'assemblée générale de l'Association.

Art. 1er. — Les médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes et, par conséquent, en observant vis-à-vis les uns des autres les plus grands égards, soit en actions, soit en paroles.

Art. 2. — Tout médecin, appelé accidentellement près d'un malade en traitement, en l'absence du médecin traitant, se bornera à prescrire les médicaments et soins nécessaires pour parer aux besoins du moment. Il s'abstiendra de toute réflexion sur la médication suivie.

Art. 3. — Il ne devra continuer à voir le malade que s'il est appelé de nouveau en consultation, ou avec l'assentiment du médecin traitant.

Dans le cas où le malade, après de justes remontrances du médecin appelé en second lieu, refuserait formellement de recevoir les soins du premier médecin, le nouvel appelé ne devra continuer qu'après l'exhibition préalable d'un reçu établissant que le premier médecin est complètement désintéressé.

N. B.— Ce deuxième paragraphe de l'article 3 n'a été reproduit ici que pour mentionner l'avis d'une partie du bureau ; car une autre partie était d'avis de le rejeter, se rangeant en cela à l'opinion du docteur Dechambre qui dit : « La conciliation de ces deux intérêts (celui du médecin et celui du client) *avec prédominance de la liberté du client*, voilà la vraie question. Pour obtenir cette conciliation, il faut commencer par écarter la charge imposée au nouveau venu, d'avertir l'autre de sa disgrâce, et encore plus celle de veiller au payement de ses honoraires. Ce sont là, qu'on excuse le mot, d'honnêtes enfantillages. On en parle ; puis, vienne l'occasion, on trouve d'ordinaire quelque motif plausible de ne pas s'y livrer.....

« Ces choses-là regardent la famille. En se met-

(1) Tous les codes déontologiques publiés depuis 25 années sont la reproductiou à peu près littérale de celui qui a été lu à l'une des séances de l'Association de l'Oise par M. le Dr JOLLIVET (de Crépy-en-Valois). Nous avons tenu à rendre cet hommage à un médecin qui avait su conquérir l'estime et l'affection de tous ses confrères.

tant à sa place, malgré elle, dans de semblables démarches, on commet un acte d'ingérence abusive. Qui nous a donné le droit d'intervenir d'autorité dans des relations nouées sans nous et sans nous dénouées ? A quel titre viendrons-nous exposer une famille qui ne veut plus d'un médecin, qui a peut-être à s'en plaindre gravement, à quel titre l'exposerons-nous à des visites importunes, à des obsessions, à des récriminations ? La conduite du remplaçant à cet égard est très simple : défendre un confrère honorable, engager le client à lui continuer sa confiance, et, s'il n'y réussit pas, l'accepter pour lui-même. Une telle conduite ouvrira la porte aux abus : soit ; trouvez-en une autre qui la leur ferme. Est-ce que cet empressement même à signifier son congé à un confrère et à lui couper tout retour par un règlement immédiat de ses honoraires ne pourrait pas également couvrir une déloyauté ? » (Dechambre : Le médecin, p. 315).

Art. 4. — Le médecin, appelé en consultation s'abstiendra, vis-à-vis du malade et de son entourage, de toute réflexion pouvant préjudicier au médecin traitant. Le consultant ne devra apporter de changement au traitement, tant dans le fond que dans la forme, que dans le cas de nécessité absolue.

La consultation ayant lieu à part, c'est-à-dire entre les médecins seuls, toute parole dite en dehors, pouvant jeter de la défaveur sur l'un des consultants, est répréhensible.

Le traitement indiqué par les consultants sera appliqué par le médecin ordinaire. C'est à lui qu'appartient l'exécution des pansements et opérations décidés en commun, à moins qu'il ne charge de ce soin un confrère.

Art. 5. — Le consultant ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé de nouveau, ou autorisé par le médecin traitant.

Art. 6. — Nul ne doit, sous quelque prétexte que ce soit, visiter clandestinement les malades d'un confrère.

Art. 7. — Tout médecin doit accepter, en consultation, celui qui lui est proposé par la famille, à condition qu'il soit diplômé et pratique honnêtement son art, et conformément aux convenances professionnelles.

Toutefois le médecin traitant a le droit d'appeler un second consultant de son choix, en cas de désaccord.

Art. 8. — Le cabinet du médecin est un terrain neutre où il peut donner des conseils à tous ceux qui les réclament.

(N. B.). — Cet article a été adopté, dans leur règlement, par la plupart des associations et des syndicats médicaux, notamment par l'Association des médecins de la Nièvre et par le Syndicat médical d'Alger. Il n'est cependant pas bien conforme à l'esprit qui a dicté les articles 3, 5 et 6. Mais il a fallu faire cette concession aux exigences de la pratique ; n'est-ce pas là une preuve qu'il ne faut pas introduire trop de rigorisme dans un code déontologique sous peine de le rendre inobservable ?

Le rapporteur,
Dr L. Moreau.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Sauve, de Saint-Bonnet-en-Bresse, et M. le Dr Testeau, de Chateaudun, présentés par M. le Directeur.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS
Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des Vosges.
(Suite et fin).

Soumettre le cas en litige et toutes les pièces de ce volumineux dossier à M. le Ministre des finances et à M. le Ministre de la guerre ?

Au cas où les Ministres ne nous donneraient pas raison, devrons-nous faire de l'obstruction et refuser énergiquement de payer notre patente, sous le prétexte invoqué par M. le Contrôleur principal ?

Telles sont les diverses éventualités que nous pourrons rencontrer et nous vous demandons, nos chers collègues, de vouloir bien décider de l'attitude que nous devrons prendre vis-à-vis de l'administration, de l'indifférence ou du mauvais vouloir de laquelle nous triompherons certainement par un moyen ou par un autre, si nous nous montrons suffisamment fermes et énergiques.

La discussion est ouverte : un certain nombre de confrères y prennent part. Au cours de cette discussion, il est donné lecture d'une note émanant du médecin militaire. Cette note contient, de l'avis d'un certain nombre des membres présents, une sorte de menace, un essai d'intimidation, qui est apprécié comme il doit l'être.

Pour clore ces débats, l'assemblée vote à l'unanimité des voix, moins une : « 1º qu'elle approuve « entièrement les démarches faites jusqu'à cette « heure par le bureau de l'Association syndicale « et la Commission d'initiative, dans ce conflit « médico-militaire ;

« 2º qu'il y a lieu de maintenir énergiquement la « demande en imposition de patente ;

« 3º Qu'il y a lieu de soumettre, si le bureau le « juge nécessaire, toutes les pièces de ce procès au « ministre de la guerre et au ministre des finan- « ces. En un mot, l'assemblée donne pleins pou- « voirs au bureau de l'Association pour mener à « bonne fin cette délicate affaire. »

Compagnies d'assurances.

M. le Dr Pommageot, de Bains, a soumis à l'appréciation de l'Association syndicale les différends qui surgissent parfois entre les médecins et les Compagnies d'assurances. Cette question, qui touche à des intérêts sérieux, ne peut, de l'avis général, être utilement discutée en ce moment. *L'assemblée prie M. le Dr Pommageot de rédiger un rapport spécial* sur cette question et de présenter à l'Association des conclusions dont les termes seront soumis à la discussion dans la prochaine séance. M. Pommageot accepte cette proposition.

Le Congrès d'hydrologie dans les Vosges, réunion générale d'octobre.

La parole est à M. le Dr Fournier.

M. Fournier explique à l'assemblée que les membres du Congrès d'hydrologie doivent terminer les séances du Congrès par une visite aux stations thermales des Vosges. Une réception doit être faite au passage des congressistes à Nancy, par les médecins de cette ville. L'Association syndicale a été pressentie à son tour par le secrétaire

du Congrès, M. le Dr de Ranse. Les médecins des Vosges devront, cela semble bien naturel, faire les honneurs de notre pays aux membres du Congrès d'hydrologie et de climatalogie.

D'autre part, la réunion générale de l'Association syndicale doit avoir lieu cette année, à Mirecourt, le 14 septembre. M. le Dr Fournier demande à l'assemblée de reculer cette réunion jusqu'au moment de l'arrivée du Congrès, c'est-à-dire du 10 au 15 octobre. Il pense en outre que la réception devrait avoir lieu plutôt dans une station thermale que dans une autre ville. Il propose en conséquence de remettre à la mi-septembre 1890, la réunion projetée à Mirecourt, et demande à l'Assemblée de *se réunir exceptionnellement cette année*, eu égard à la visite des membres du Congrès d'hydrologie, *le 16 octobre à Plombières.*

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Admission nouvelle.

M. le Dr Masson, de Charmes, présenté par MM. les Drs Eury et Weil, de Charmes, est admis à l'unanimité.

Bulletin médical.

Le docteur Lardier présente le budget sommaire du *Bulletin médical*. L'assemblée accorde à la *Revue des Vosges* — à titre exceptionnel — une *subvention de 100 francs.*

Questions diverses : De l'immixtion de l'élément religieux dans les affaires médicales.

Un certain nombre de nos confrères s'étaient, à diverses reprises, plaints de ce que certaines sœurs ou certains curés faisaient des incursions peu convenables sur le domaine médical. — Jusqu'à présent, on n'avait pas donné suite, sur la demande formulée de plusieurs confrères, à leurs récriminations qui cependant étaient fondées. Récemment, le Président de l'Association avait été saisi plus officiellement d'une plainte concernant une sœur qui se livrait à l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Le Président fut trouver le Procureur de la République, à Mirecourt, qui voulut bien prescrire une enquête. Cette enquête n'a pas abouti parce que les médecins, dans leurs dépositions, n'ont cité aucun fait particulier, précis, et se sont retranchés derrière le secret professionnel. Ce n'est pas de cette façon que l'on peut avoir gain de cause.

Après une courte discussion, l'assemblée décide qu'à l'avenir le « bureau de l'Association « syndicale ne pourra accepter les plaintes d'un « ou de plusieurs de ses membres, et y donner « suite, qu'à la condition que ces plaintes seront « signées et engageront leurs auteurs » — ainsi que cela a eu lieu dans une affaire récente.

L'assemblée décide en outre qu'après la nomination prochaine de l'évêque de Saint-Dié, le Président de l'Association *adressera à l'autorité diocésaine une lettre*, demandant à cette autorité d'intervenir auprès de ses subordonnés et *priant* ces derniers *de respecter le domaine médical*, comme nous respectons nous-mêmes le domaine religieux.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à midi et demi.

Le Secrétaire-Trésorier,

Dr Couturier.

NECROLOGIE

M. le Dr J. Cotard, ancien interne des hopitaux de Paris, médecin adjoint de la maison de santé du Dr Falret, à Vanves, a succombé à la diphthérie contractée en soignant un de ses enfants M. Cotard était âgé de 49 ans. C'était un aliéniste éminent, membre de la Société de biologie, ancien président de la Société médico-psychologique.

Ses ouvrages les plus connus sont : des études physiologiques et anatomo-pathologiques sur le ramollissement et l'atrophie partielle du cerveau, — le délire des négations — l'aboulie et l'inhibition en pathologie mentale, l'origine psycho-motrice du délire, etc. A ses obsèques civiles MM. Grehant, Ritti et Falret ont prononcé, au milieu d'une affluence considérable d'amis et de collègues, d'éloquentes allocutions.

BIBLIOGRAPHIE.

Nous venons de recevoir le premier fascicule des « *Sciences biologiques en* 1889 », revue de médecine, hygiène, anthropologie, sciences naturelles, etc., publiée sous la direction de MM. Charcot, Léon Colin, V. Cornil, Duclaux, Dujardin-Beaumetz, Gariel, Marey, Mathias Duval, Planchon, Trélat.

Il nous est impossible de ne pas recommander cette publication à nos lecteurs. Car s'il est une partie des Sciences qu'intéresse spécialement le médecin, c'est assurément celle qui comprend les Sciences biologiques.

Nos abonnés y trouveront tout ce qu'ils désirent connaître sur l'hygiène, l'électricité médicale, la chimie, la microbiologie, l'anthropologie, etc., etc. Les secrétaires de la rédaction, MM. le Dr Labonne et Egasse, nous prient même de faire savoir qu'ils publieront volontiers certains articles de science que pourraient leur adresser nos confrères.

L'ouvrage complet formera un magnifique volume in-8° grand-jésus, imprimé à deux colonnes, de plus de mille pages, orné d'un nombre considérable de gravures dans le texte. La publication paraît par livraisons bi-mensuelles de 32 pages. La deuxième est sous presse.

Prix de la livraison, 1 fr. 25.

Prix de l'ouvrage complet, 30 francs, par souscription.

Le mieux est de souscrire dès maintenant, car le volume complet ne pourrait être laissé au même prix pour les non-souscripteurs.

Le règlement s'effectue à la volonté de nos abonnés soit en s'inscrivant, soit dans le cours de la publication.

Adresser les demandes à MM. Rongier et Cie, éditeurs du Concours médical, *place de l'Ecole de médecine*, (4, rue Antoine-Dubois).

MM. Rongier et Cie rappellent aussi à nos abonnés qu'ils sont à leur disposition pour toute édition, impression, fournitures de livres scientifiques, renseignements, etc. En un mot, ils désirent être les éditeurs des adhérents au « *Concours médical* » et nous nous portons garants de leur bonne et loyale volonté.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année — N° 36 — 7 Septembre 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Propriétés pathogènes des microbes contenus dans les néoplasmes malins

M. *Verneuil* a lu à l'Académie des Sciences une note dans laquelle il revendique pour M. Nepveu et pour lui-même le mérite d'avoir recherché les premiers et découvert des microbes dans certaines tumeurs (1887) et d'avoir indiqué les résultats de l'invasion microbique accidentelle des néoplasmes sur le tissu de ces derniers et plus tard sur l'économie tout entière. Des recherches bactériologiques faites à la clinique chirurgicale de la Pitié par MM. Nepveu et Clado, M. Verneuil tire les conclusions suivantes :

Le tissu des néoplasmes malins : cancer, sarcome, épithéliome, etc., peut être, à un moment donné, envahi par des microbes divers, dont on ne saurait encore déterminer sûrement le nombre ni les espèces.

Cette invasion, dont les causes et le mécanisme sont également fort obscurs, peut rester latente, mais aussi, dans certains cas, amener dans l'évolution et la nutrition des tumeurs, des modifications importantes, telles que l'accroissement rapide, le ramollissement et l'ulcération.

Les microbes ne se rencontrent pas dans tous les genres de néoplasmes ni dans tous les néoplasmes d'un même genre, pas même dans tous les points d'une tumeur envahie, cependant ; c'est ainsi qu'on ne les trouve ni dans les lipomes, ni dans les fibromes purs, ni dans les cancers, ni dans les sarcomes commençants, indolents, à marche lente et recouverts de téguments sains. En revanche, ils existent à peu près constamment dans les néoplasmes anciens, à marche rapide, ulcérés ou ramollis.

Ces microbes, outre l'action irritante phlogogène et pyogène qu'ils exercent localement sur le tissu même de la tumeur qu'ils envahissent, possèdent d'autres propriétés pathogènes qui retentissent sur l'économie tout entière. Ainsi, vraisemblablement, ils sont aptes à allumer la fièvre plus ou moins intense et irrégulière, lors même qu'ils sont encore inclus dans une tumeur en voie d'accroissement rapide et de ramollissement ; sans doute ils jouent un rôle dans l'établissement de la cachexie.

De plus, lorsque pendant l'ablation d'une tumeur qui les renferme, ils viennent, mélangés aux fluides contenus dans les points ramollis, se répandre dans la plaie opératoire, ils la souillent, l'infectent et enfin l'inoculent de manière à provoquer une septicémie parfois mortelle.

La connaissance de ces faits non seulement plaide en faveur de l'extirpation précoce des néoplasmes malins, si désirable à tous les points de vue, mais encore dicte aux opérateurs certaines mesures préventives pendant et après l'ablation des tumeurs infectées par les microbes.

Traitement de l'érysipèle par le sous-nitrate de bismuth.

Depuis 1885, M. *Marc Sée* a obtenu d'excellents résultats par le pansement antiseptique permanent, dont le sous-nitrate de bismuth constitue l'élément essentiel. Depuis cette époque, il a continué à employer ce mode de pansement et n'a pas observé un seul cas d'érysipèle, bien que chez beaucoup de malades les circonstances fussent éminemment favorables à l'éclosion de cette redoutable complication.

Aujourd'hui sa confiance dans l'efficacité du sous-nitrate de bismuth est tellement absolue que, même, après certaines opérations qui laissent des plaies évidemment non aseptiques, il s'abstient de pratiquer le lavage méticuleux généralement recommandé, se contentant, après avoir enlevé les caillots sanguins, de remplir ces plaies de poudre de bismuth qu'il couvre d'une couche d'ouate hydrophile.

Du reste, le sous-nitrate de bismuth n'est pas seulement un préservatif contre l'érysipèle ; il paraît aussi constituer un excellent moyen de traitement de l'érysipèle déjà développé : pour cela, il suffit de couvrir d'une couche de bismuth la solution de continuité qui lui a servi de point de départ.

Des verres toriques.

M. *Javal* a signalé à l'Académie un système de verres qui n'est pas précisément nouveau comme invention, puisque le premier modèle en a été fabriqué à Rome en 1835, mais dont l'application ne date que de quelques années.

Ces verres réunissent à la fois la propriété d'être périscopiques et celle de corriger l'astigmatisme. Ils sont taillés sur une surface de révolution qu'on appelle *torique*, analogue à la surface d'une bague, laquelle donne un cercle différent suivant qu'on la coupe dans un sens ou dans l'autre : on les désigne pour cette raison sous le nom de *verres toriques*.

Ces verres périscopiques permettent de voir non seulement à travers le centre du verre, mais encore dans les directions latérales. Ils présentent un aspect analogue à celui d'un verre de montre, ou d'une coquille qui s'adapte parfaitement en avant de la sphère de l'œil.

Ces verres ont encore un avantage, c'est qu'on peut les construire à double foyer de façon à corriger, non seulement l'astigmatisme suivant une direction déterminée, mais encore un certain degré de myopie ou de presbytie. En d'autres termes, ils permettent, par exemple, à un artiste la vision de près au moyen du foyer inférieur, et la vision à distance par le foyer supérieur.

Les verres toriques ont été fabriqués d'abord en Italie, puis en Amérique ; on les construit actuellement en France.

Nécessité de surveiller la vente de l'arsenic.

M. *Marquez* (d'Hyères) a lu sur ce sujet un travail à l'Académie ; après avoir rappelé les différents empoisonnements qui ont eu lieu récemment sur différents points de la France (Hyères, le Havre, Tromblaine) par des vins plus ou moins chargés d'arsenic, il demande qu'en dehors du service de la pharmacie, la vente des poisons soit l'objet d'une réglementation réellement soucieuse de la sécurité publique, et que l'arsenic blanc, particulièrement en cause en ce moment, soit dénaturé par un procédé quelconque qui, sans altérer ses propriétés essentielles, éveille aisément le soupçon.

CONGRÈS DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

Dans le Congrès de dermatologie, qui s'est tenu à l'hôpital Saint-Louis le mois dernier et dont l'organisation fait grand honneur aux médecins de cet hôpital ainsi qu'au secrétaire général le Dr Henri Feulard, bon nombre de questions avaient trait à la nosographie et à la nosologie. Nous en ferons rapidement mention et nous n'insisterons que sur les communications et discussions ayant un côté pratique.

Les affections du groupe lichen.

C'est un point obscur de la dermatologie de savoir quelles affections doivent être comprises dans le groupe des lichens.

M. Kaposi (de Vienne) admet quatre espèces de lichen : une espèce bénigne, le *lichen planus* d'Erasmus Wilson, et une espèce maligne, le *lichen ruber* d'Hebra père, appelé *lichen ruber acuminatus* par Kaposi ; puis un *lichen scrofulosorum*, et enfin une variété du *lichen ruber acuminatus* que Devergie et E. Besnier ont décrite sous le nom de *pityriasis rubra pilaris*.

La discussion qui a suivi la communication de Kaposi a fait éclater les plus grandes divergences d'opinion parmi les dermatologistes étrangers présents. Quant à nos maîtres français, voici leurs sentiments.

M. Hallopeau pense que la plupart des affections décrites comme des lichens peuvent rentrer dans d'autres groupes ; une seule doit conserver ce nom, c'est celle qui a été décrite par Wilson ; quant aux autres, on devra leur donner ultérieurement des dénominations tirées de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. On doit admettre dans le lichen une forme aiguë et une forme chronique, et distinguer dans cette dernière les variétés décrites sous les noms de lichen planus, obtusus, acuminatus, tubéreux, corné, en collier de corail et scléreux. La forme aiguë comprendrait une partie des faits publiés sous le nom de lichen ruber acuminatus.

MM. E. Besnier et Vidal, sans vouloir rayer entièrement le mot lichen du vocabulaire dermatologique, comme MM. Hardy et Leloir, ne le conservent qu'à titre provisoire, en attendant qu'une étude plus complète permette de donner à chaque groupe son nom étiologique.

M. E. Besnier pense que le groupe lichen ne doit renfermer qu'une maladie, le lichen planus d'Erasmus Wilson, qui comprend : 1° des types à éléments plans et d'autres à éléments acuminés ; — 2° des cas mixtes où les deux formes précédentes se trouvent réunies ; — 3° des variétés de ces types, qui, d'après leur aspect, ont pris les noms de lichen moniliforme, obtus, hyperkératosique et hypertrophique, corné, atrophique. M. Besnier rejette le lichen ruber, type Hebra, qui, pour lui, comprend des maladies différentes ; le lichen scrofulosorum dont l'existence ne lui est pas démontrée ; enfin le pityriasis rubra pilaris qui n'est certainement pas du lichen.

Pityriasis rubra et dermatites généralisées

C'est M. Brocq qui avait préparé par un rapport remarquable la discussion sur le pityriasis rubra.

La classification de M. Brocq élimine du groupe *pityriasis rubra* décrit par Hébra et Devergie un certain nombre d'affections qui, comme celles qui y restent, sont caractérisées au point de vue objectif par une rougeur généralisée du derme et une desquamation plus ou moins abondante de l'épiderme, mais qui en diffèrent par d'autres caractères qui leur donnent une individualité propre. Ce sont :

1° Le pityriasis rubra pilaris de Devergie, Richaud, E. Besnier ; — 2° la lymphodermie pernicieuse de Kaposi et probablement certaines variétés eczématiformes généralisées de mycosis fongoïdes ; 3° les éruptions généralisées rouges et desquamatives d'origine artificielle, médicamenteuses pour la plupart ; — 4° les poussées aiguës et généralisées qui se produisent assez sou-

vent dans le cours d'un eczéma, d'un psoriasis; beaucoup plus rarement d'un lichen planus ; — 5° les herpétides exfoliatrices de Bazin, qui survivent chez les sujets débilités, depuis longtemps atteints de dermatoses rebelles (eczéma, psoriasis, pemphigus, etc.).

Les affections qui rentrent dans le pityriasis rubra proprement dit sont des éruptions généralisées rouges et desquamatives, primitives, dites essentielles ; ce sont :

1° L'érythème scarlatiniforme desquamatif, ou dermatite exfoliative aiguë bénigne ; — 2° la dermatite exfoliative généralisée proprement dite ou subaiguë ; — 3° la dermatite généralisée chronique ; — 4° le pityriasis rubra chronique, type de Hebra ; — 5° le pityriasis rubra subaigu ou bénin.

La classification proposée par M. Brocq a été accueillie avec faveur par les membres du Congrès.

Pemphigus et dermatoses bulleuses.

Le comité d'organisation du Congrès avait posé la question des dermatoses bulleuses et du pemphigus de la manière suivante :

1° Le terme de pemphigus peut-il être conservé pour dénommer plusieurs dermatoses bulleuses qui sont distinctes les unes des autres par leur nature, leur marche et leur terminaison ; ou bien au contraire doit-il être réservé à une maladie unique et bien définie, le *pemphigus*, correspondant au pemphigus chronique, bulleux ou foliacé ?

2° D'autre part, comment doit-on classer diverses dermatoses bulleuses, érythémato-bulleuses, ou plus complexes encore : érythémateuses, pustuleuses, bulleuses à la fois, c'est-à-dire *multiformes*, telles par exemple que les affections connues sous les noms de pemphigus à petites bulles, érythème bulleux, hydroa bulleux, dermatite herpétiforme, dermatite prurigineuse polymorphe, herpès gestationis, etc., quelles dénominations faut-il leur appliquer ?

M. Brocq a montré la nécessité de séparer d'abord du groupe des dermatites bulleuses multiformes la *dermatite herpétiforme de Duhring* qui lui paraît avoir des symptômes assez nettement déterminés pour qu'on puisse en faire une entité morbide distincte.

Puis il a proposé de diviser les affections qui présentent le syndrome de dermatite polymorphe douloureuse à forme bulleuse de la manière suivante : 1° Dermatites douloureuses chroniques à poussées successives comprenant les sous-variétés : érythémo-papuleuse, érythémo-vésiculeuse, bulleuse, pustuleuse et surtout polymorphe ; 2° dermatites polymorphes douloureuses subaiguës ou bénignes, comprenant, au point de vue de l'évolution, deux groupes secondaires, caractérisés, l'un par des attaques successives séparées par des intervalles de calme complet, l'autre par une attaque unique composée de plusieurs poussées éruptives successives presque toujours subintrantes dont la durée totale est de cinq à dix-huit mois ; dans chacun de ces groupes secondaires on retrouve les sous-variétés des dermatites chroniques ; 3° dermatites polymorphes douloureuses aiguës, récidivantes ou non, d'intensité et de durée variables ; — 4° dermatites polymorphes douloureuses récidivantes de la grossesse ou *herpes gestationis*, survenant toujours, soit pendant la grossesse, soit pendant la première semaine qui suit l'accouchement.

Traitement de la teigne et des dermatoses trichophytiques.

Les parasiticides, employés seuls, ne paraissent pas donner de bons résultats, d'après M. Butte. Il en a obtenu de meilleurs à l'aide de frictions faites avec une pommade composée de 90 grammes de lanoline et de 10 grammes de protochlorure d'iode, sans épilation.

M. Quinquaud conseille de raser la tête, de la laver d'abord avec de l'eau de savon, puis de la frotter avec une solution de biiodure et de bichlorure d'hydrargyre, d'épiler et gratter les régions malades pour en enlever l'épiderme, de faire une nouvelle friction, et d'appliquer enfin un emplâtre fait avec la même solution mixte d'hydrargyre. On répète le pansement tous les 8, 12 ou 15 jours.

M. E. Besnier rejette l'emploi des parasiticides qui produisent des dermites, des cicatrices visibles et l'alopécie dans les points enflammés. Il fait couper les cheveux aussi ras que possible, épiler autour des zones trichophytiques, enduire le soir la tête d'un peu de vaseline boriquée et laver le lendemain matin à l'eau de savon. La trichophytie est d'ailleurs une maladie des plus irrégulières dans son allure ; elle peut durer deux années aussi bien que deux ou trois mois.

La guérison de la tricophytie, d'après M. Vidal, dépend de la profondeur à laquelle pénètre le tricophyton. Comme c'est un parasite aérobie, ainsi que l'ont démontré les cultures faites par M. Marfan, pour le détruire il faut le mettre à l'abri de l'air. Voici comment M. Vidal traite la teigne. Les cheveux étant coupés aussi ras que possible, il fait frictionner la tête avec de l'essence de térébenthine. Les points atteints par le tricophyton sont ensuite badigeonnés avec la teinture d'iode ; la tête est enduite d'une couche de vaseline pure ou boriquée ou iodée à 1 p. 100 et recouverte d'un bonnet de caoutchouc ou d'une feuille en gutta-percha qu'un serre-tête à coulisse maintient hermétiquement appliquée sur le cuir chevelu. On renouvelle le pansement matin et soir en savonnant la tête le matin et en l'essuyant avec soin, ainsi que la feuille de gutta-percha. Si les applications de teinture d'iode ne provoquent pas de dermite, on les renouvelle tous les jours ; dans le cas contraire, tous les 3 ou 4 jours. Depuis quelques mois, M. Vidal essaye de remplacer la teinture d'iode par des morceaux de sparadrap de Vigo *cum mercurio*. Celui-ci, outre son action parasiticide, a une action mécanique utile qui rappelle l'ancien traitement par la calotte sans en avoir les inconvénients et sans causer de douleurs. Il produit l'enlèvement des débris de poils altérés à mesure qu'ils arrivent à la surface de la peau. L'emplâtre une fois enlevé, on fait sur la tête une onction avec la vaseline iodée et on recouvre la tête avec la gutta-percha. Les résultats obtenus sont encourageants.

M. Hallopeau emploie le traitement de Lailler et s'en trouve très bien. Les cheveux des enfants sont coupés ras tous les huit jours, et tous les soirs on recouvre le cuir chevelu d'une couche de vaseline iodée à 1 p. 100. Il a eu ainsi 50 p. 100 de guérisons.

MM. Neumann et Hans Hébra pensent que la teigne est plus rare à Vienne qu'à Paris. Les

rictions avec une pommade au pyrogallol à 10 p. 100 donnent d'excellents résultats. A Londres, dit M. Drysdale, la trichophytie est très fréquente; on constate des cas bénins et des cas rebelles à tout traitement. Les lavages fréquents de la tête, la propreté excessive du cuir chevelu et les applications de teinture d'iode sur les points malades, telles sont les bases du traitement.

Les causes de la fréquence si grande de la teigne dans les écoles de Paris et de la différence de gravité suivant les cas ont été bien étudiées par M. Besnier, qui insiste sur la nécessité de distinguer, dans les terminaisons favorables, la guérison clinique de la guérison histologique, celle-ci suivant celle-là à un long intervalle, souvent de plusieurs mois.

La syphilis tertiaire.

Quelle est la fréquence relative de la syphilis tertiaire ? Quelles sont les conditions favorables à son développement ? Une statistique de M. Fournier, basée sur vingt-neuf années de pratique, et comprenant 2,600 cas, lui a permis de constater ce fait assez en désaccord avec l'opinion commune, que la syphilis tertiaire peut se montrer dans les premiers mois de la maladie, et qu'elle est surtout fréquente dans la troisième année et dans les deux années qui l'encadrent, soit de la deuxième à la quatrième année.

Un autre fait assez nouveau, c'est le chiffre élevé, — 157 sur 3,429 manifestations tertiaires, — des lésions tertiaires des organes génitaux ; et comme parmi elles se trouvent en grand nombre les *syphilides ulcéreuses chancriformes*, peut-être est-ce à cela qu'il faut attribuer beaucoup de cas donnés comme des exemples de récidives de chancre syphilitique, de syphilis doublée.

Il faut encore noter les atrophies musculaires consécutives à des névrites et à des lésions centrales, mais surtout le nombre considérable d'affections nerveuses de toute sorte : 461 cas de syphilis cérébrale ; 77 cas de syphilis médullaire ; 11 cas de syphilis cérébro-spinale ; 19 cas d'atrophie musculaire ; 73 cas de paralysie partielle ; 400 cas de tabès spinal ou cérébro-spinal ; 32 cas de paralysie générale et 9 de troubles intellectuels, soit 1,085 cas d'affections du système nerveux développées au cours et du fait de la syphilis tertiaire.

Il résulte donc de cette étude que le plus grand danger du tertiarisme réside dans l'excessive fréquence des affections spécifiques du système nerveux ; — que le principe de la syphilis, quel qu'il soit, virus ou microbe, etc., constitue un véritable poison du système nerveux.

Quant à la fréquence de la syphilis tertiaire, comparée à celle des autres manifestations, M. Drysdale l'évalue à 8 p. 100 pour les personnes qui n'ont pas été soumises au traitement mercuriel, et à une proportion un peu moindre pour celles qui ont subi ce traitement. D'après Diday, cette proportion serait de 10 à 12 p. 100 ; de 5 p. % pour M. Rollet, et de 10 à 15 % pour M. Mauriac ; chez les femmes, d'après M. Haslung (de Copenhague) elle serait de 9,5 p. 100, et de 10,2 chez les hommes.

M. Mauriac a trouvé, comme M. Fournier, que la plus grande fréquence de la syphilis tertiaire était de deux à cinq ans après le chancre et que les accidents nerveux viennent de beaucoup en première ligne. Cette opinion vient donc confirmer celle que M. Zambaco avait soutenue dans sa thèse et qu'on avait trouvée alors exagérée.

Les conditions favorables au développement de la syphilis tertiaire sont diverses. M. Drysdale admet l'absence du traitement mercuriel et l'enfance ; M. Haslung, un traitement insuffisant, l'alcoolisme, le paludisme, la coïncidence d'autres maladies constitutionnelles ; l'infection à un âge avancé ; la misère, etc. Les accidents semblent être moins graves chez la femme que chez l'homme.

La précocité des accidents tertiaires renverse donc la division chronologique des manifestations syphilitiques. Par quoi donc peut être caractérisé maintenant le tertiarisme ? se demande M. Leloir. Par la destruction des éléments anatomiques des tissus dans lesquels se sont développés les syphilomes non résolutifs du tertiarisme. Et il propose, pour simplifier la question, de dire qu'un accident tertiaire n'est autre chose qu'un syphilome non résolutif et destructif.

Traitement de la syphilis.

A quel moment de l'infection syphilitique doit être commencé le traitement ?

Après l'apparition des manifestations de la période secondaire (Anderson, Langlebert, Diday, Leloir, Neumann).

Dès que l'infection syphilitique commence, c'est-à-dire au début de l'affection (Castelo, Schwimmer, Mauriac).

Le traitement doit-il être continu ou interrompu ?

Il doit être continu (Fournier, Castelo).

Il doit être interrompu (Langlebert, Diday, Mauriac).

Il n'est pas possible de dire d'une façon absolue si le traitement doit être continu ou intermittent ; cela dépend des cas (Anderson).

Par quel agent thérapeutique doit-il être commencé ?

Le mercure aidé par les toniques (Anderson, Langlebert, Schwimmer, Neumann, Kaposi, Pétrini, Fournier).

L'emploi simultané des mercuriaux et des iodures (Castelo).

Le mercure dans les formes légères ; le traitement mixte dans les formes graves (Mauriac).

Quand y a-t-il lieu d'adjoindre ou de substituer les préparations iodurées aux mercuriaux ?

Quand les céphalées et les douleurs osseuses nocturnes ne cèdent pas sous l'influence du mercure (Anderson).

Injections hydrargyriques sous-cutanées.

MM. Leloir et Tavernier ont employé ces injections contre les syphilides érythémateuses, syphilides résolutives, syphilomes non résolutifs. C'est surtout contre la première et la troisième de ces formes qu'elles ont bien agi. Sur 1,573 injections, 875 ont été pratiquées avec le calomel et l'huile de vaseline (1 p. 12) ; 642 avec l'oxyde jaune de mercure et l'huile de vaseline (1 p. 12) ; 56 avec le mercure purifié et l'huile grise (2 p. 4) ; c'est la première formule qui a le plus d'efficacité. Mais les accidents survenus à la suite de ces injections ont été tels que beaucoup de malades se sont refusés à les laisser continuer, et qu'on ne peut songer à les employer dans la clientèle de la ville. M. Leloir leur préfère les frictions.

M. Schwimmer trouve le salicylate de mercure

préférable au protoiodure et au sublimé ; il est cependant moins actif que le calomel en injection. Le thymate de mercure, indiqué récemment, ne lui a pas donné de bons résultats.

M. Kaposi insiste sur l'impossibilité où se trouve le médecin de prévenir la résorption du mercure injecté, et par suite les accidents causés par l'intoxication du sang et de l'organisme. M. Schuster (d'Aix-la-Chapelle) dit aussi qu'on ne connaît pas le mode de résorption des produits insolubles qu'on injecte, et, tant qu'on sera dans cette ignorance, mieux vaudra ne pas employer ces injections.

M. Du Castel n'est pas convaincu de la supériorité du traitement par les injections ; il a vu souvent son action préventive et curative en défaut. De plus, le malade échappe pendant un certain temps à l'observation du médecin, qui n'est plus libre de suspendre à volonté l'action du mercure. Le seul avantage du traitement par les injections de mercure soluble, c'est qu'elles paraissent modifier très avantageusement les céphalées syphilitiques si pénibles.

M. Balzer n'a jamais observé d'accidents graves à la suite des injections de sels de mercure et les croit très utiles dans certains cas ; mais ce n'est pas un traitement facile à appliquer et il doit être réservé pour les malades de l'hôpital. Au contraire, M. Watraszewski insiste sur les accidents très graves, qui peuvent même devenir mortels, quand l'injection pénètre dans une veine, le mercure allant former des embolies pulmonaires.

M. Mauriac préfère la voie stomacale ; les frictions et les injections hypodermiques sont des méthodes exceptionnelles qui ne répondent qu'à un nombre restreint d'indications ; elles exposent à plus de dangers que la méthode stomacale et elles n'ont pas plus qu'elle le privilège de prévenir les poussées successives.

Mais M. Rosolimos (d'Athènes) fait remarquer que les muqueuses ne sont pas toujours disposées à absorber le mercure, soit par accoutumance, soit par un état inflammatoire plus ou moins intense, et que les injections hypodermiques conviennent dans ces cas.

M. Jullien a traité cette thèse à un autre point de vue, celui de la dilatation de l'estomac chez les tertiaires. Cette complication est fréquente, soit par influence du traitement hydrargyrique sur la paroi stomacale, soit par la cirrhose hépatique qui l'accompagne. En pareille occurence, il faut traiter d'abord l'estomac, puis la syphilis, au moyen d'injections hypodermiques de calomel et d'injections rectales d'iodure de potassium dissous dans le lait.

MM. Leloir et Lancereaux ont encore signalé des cas dans lesquels la syphilis guérit seule, sans aucun traitement, et M. Petrini, les bons effets du tannate de mercure à l'intérieur, en pilules de dix centigrammes.

Traitement des brûlures par l'iodoforme.

Dans le traitement des brûlures, M. Schiff (de Vienne) a adopté la méthode préconisée par Mosetig-Moorhoff et qui consiste, après avoir lavé la région avec une solution légère de sel de cuisine (1/2 p. 100), à appliquer plusieurs couches de gaze iodoformée bien sèche, recouvertes d'une feuille de gutta-percha et d'une couche de coton soigneusement dégraissé. L'appareil est consolidé au moyen d'un bandage. On change le coton quand il est imbibé, mais l'iodoforme reste en place 8 ou 15 jours. Au visage, on emploie un ongnent à l'iodoforme dans la proportion de 1 pour 20, puis un masque de gutta-percha qu'on renouvelle tous los jours.

M. Hebra reconnaît les avantages de ce pansement au début, mais quand les eschares ont disparu, l'iodoforme empêche les bourgeons charnus de se recouvrir d'épithélium, ce que favorise au contraire la résorcine en solution à 1 ou 2 p. 100.

Elimination des bromures par la peau.

Le brome contenu dans le bromure de potassium peut, d'après M. Jacquet, produire des accidents cutanés polymorphes, lorsque, ainsi que l'a fait remarquer M. Croker, son élimination par la voie urinaire est arrêtée ou se fait mal. Le brome s'élimine alors par la voie cutanée, irrite les glandes sébacées et sudoripares et produit des périadénites sous formes de boutons, de bulles, etc. M. Jacquet a trouvé le brome dans le liquide des bulles. Il n'est pas besoin de prendre le bromure pendant longtemps, car ces accidents sont survenus dans le cas présent après 8 jours chez une cardiaque qui en prenait 2 ou 3 grammes dans les 24 heures. M. Hardy croit que les accidents dépendent non pas de la dose absorbée, mais d'une idiosyncrasie analogue à celle qu'on invoque pour des accidents consécutifs à l'emploi d'autres médicaments. M. Kaposi a publié autrefois le cas d'un enfant qui fut atteint d'acné bromique pendant que sa nourrice était soumise à un traitement bromuré.

Syphilides du vagin.

Les syphilides du vagin ont, au point de vue de la contagion de la syphilis, une gravité considérable tenant d'une part à l'absence de manifestations analogues soit à la vulve, soit en d'autres points du corps, et d'autre part à leur siége, dans les replis de la muqueuse vaginale. M. Balzer insiste sur les difficultés du diagnostic dans plusieurs cas, où l'ulcération, située soit dans le cul-de-sac, soit à la partie moyenne du vagin, n'a pu être découverte que par un examen minutieux et plusieurs fois répété, alors que son existence était mise hors de doute par la contagion de divers individus. Dans un cas en particulier, chez une prostituée, une large plaque muqueuse s'était développée dans un des culs-de-sac, et coïncidait avec une déviation utérine qui la cachait ; on ne put l'apercevoir qu'en écartant le col.

Acné et dilatation de l'estomac.

M. Barthélemy a étudié les relations de l'acné avec la dilatation de l'estomac ; dans 165 cas d'acné, la dilatation stomacale existait. Les troubles digestifs commencent, l'acné vient ensuite, ou, sinon l'acné, du moins une autre affection cutanée, l'hypersécrétion séborrhéique. Il n'y a pas d'acné sans séborrhée préalable, ni de séborrhée ni d'acné sans dilatation stomacale, mais l'inverse n'est pas vrai, car la dilatation de l'estomac peut exister sans acné. Les troubles digestifs ne suffisent pas à eux seuls à provoquer l'acné ; ils préparent le terrain à l'action de micro-organis-

mes qui donnent naissance à l'acné. Il y a là une association de microbes : l'un acnogène, le staphylococcus albus, qui produit la lésion initiale de l'acné, et l'autre pyogène, le streptococcus pyogenes, qui, enté sur la papule, produit la pustule, élément secondaire dans l'acné.

Cette notion a une certaine importance au point de vue du diagnostic de la dilatation stomacale, qu'on peut soupçonner dés lors chez les acnéiques, depuis la puberté jusqu'à la vieillesse.

Au point de vue thérapeutique, il faut prescrire l'antisepsie du tube digestif et le régime qui convient à la dilatation de l'estomac ; de plus, il faut joindre à ce traitement l'antisepsie tégumentaire pour détruire les microbes qui séjournent dans les glandes de la peau et dans le tissu périglandulaire.

M. Bouchard avait déjà signalé les connexions entre l'acné et la dilatation de l'estomac, dès sa première communication à la Société des hôpitaux en 1884.

Traitement antiseptique de l'herpès récidivant.

On sait que les vésicules de l'herpès récidivant contiennent un liquide qui passe pour posséder des propriétés virulentes et rendre l'herpès contagieux ; on sait aussi que les femmes présentent souvent au moment des régles des poussées d'herpès, revenant à chaque période. De là à songer à la nature microbienne de cette affection, il n'y avait qu'un pas. Sans connaître le microbe, M. Verneuil a cru pouvoir le combattre dans un cas d'herpés survenant réguliérement chez une jeune femme, au cou, et ayant les dimensions d'une pièce de deux francs. Une injection d'éther iodoformé, d'une demi-seringue, fut faite dans la peau, quelques jours avant l'époque présumée des règles, au niveau de la région où apparaissaient d'ordinaire les vésicules herpétiques. Depuis cinq mois, bien que les règles soient venues normalement, l'herpès ne s'est pas reproduit.

REVUE DE CHIRURGIE

Nous croyons intéressant de donner à nos lecteurs l'analyse des communications les plus importantes, se rapportant à la pratique chirurgicale, qui ont été présentées dans la récente session de l'Association Française pour l'avancement des sciences, réunie à Paris du 8 au 16 août dernier.

Nouvelle salle d'opérations de l'Hôtel-Dieu de Lyon construite et aménagée d'après les principes de la méthode antiseptique.

M. le professeur Poncet (de Lyon) a fait installer l'année dernière une salle d'opérations dans laquelle il a groupé tous les moyens qui peuvent assurer l'asepsie la plus complète. Bien éclairée, bien ventilée, elle est munie d'ustensiles dont la propreté absolue est facile à vérifier, tous sont construits en métal nickelé ou en verre. Une étuve système Geneste et Herscher permet de stériliser les instruments et toutes les substances de pansement. Les résultats de la pratique chirurgicale pendant trois mois seulement témoignent en faveur de ce bon agencement et surtout sont à l'honneur du chirurgien qui y a présidé. Pendant ces trois mois 157 opérations ont été pratiquées ; il y a eu seulement 7 morts et 150 guérisons. Et encore ces sept morts sont dues à des interventions tout à fait désespérées ; deux hernies étranglées avec lésions gangreneuses de l'intestin chez des vieilles femmes ; trois cystotomies sus-pubiennes chez de vieux prostatiques victimes de fausses routes et succombant à l'infection urineuse ; une amputation aussi chez un veillard atteint de grangrène ergotique ; une ablation de kyste ovarique suivie de péritonite septique.

En somme, sur 50 grandes opérations, dont 11 laparotomies, il n'y a eu qu'un décès imputable à une faute d'antisepsie (éponges mal préparées). Tous ces faits, fait observer M. le professeur Trélat, sont confirmatifs des résultats qu'il a obtenus et publiés dans son service de l'hôpital de la Charité depuis plusieurs années.

Traitement de l'anthrax par les applications de teinture d'iode et l'administration de cette substance à l'intérieur.

M. Blanquinque (de Laon) a obtenu de très bons résultats de cette méthode qui agit comme parasiticide et révulsif et qui éviterait toujours l'intervention sanglante. Il faut pour réussir que la région malade soit bien nettoyée, mais qu'on ne la ramollisse pas par des compresses ou des cataplasmes, puis avec un pinceau on la recouvre de deux ou trois couches de teinture d'iode, jusqu'à ce qu'elle prenne une coloration très brune ; de cette façon l'iode pénètre dans les orifices glandulaires et dans l'entrée des follicules pilo-sébacés. L'épiderme ne tarde pas à s'écailler, on enlève alors ces écailles et on applique une nouvelle couche de teinture.

Si l'application de l'iode a été faite de bonne heure avant la suppuration, celle-ci peut bien ne pas se montrer ; dans les autres cas où elle se produit, elle est ordinairement circonscrite, limitée et de courte durée. Il est bon alors de toucher à la teinture, après avoir détergé la surface interne du petit cratère provenant de l'élimination des bourbillons. En même temps, l'auteur recommande de donner tous les jours au malade dans une potion appropriée 10 à 20 gouttes de teinture d'iode officinale.

Quoi qu'il en soit et malgré les bons résultats obtenus par M. Blanquinque, nous croyons qu'il y aura toujours des formes d'anthrax graves à marche rapidement envahissante dont on ne pourra se rendre maître que par le fer et le feu, l'incision multiple et la cautérisation ignée.

Procédé instrumental pour la détermination du sillon de Rolando.

Dans les interventions chirurgicales dirigées sur l'encéphale nous montrions, dans un précédent article, que le praticien a le plus souvent à rechercher la région rolandique dans laquelle sont situés les principaux centres psy cho-moteurs. M. Championnière a bien déterminé la façon de trouver les deux extrémités du sillon à l'aide du compas de Broca. Le centre du compas étant placé dans le conduit auditif externe et sa branche inférieure répondant à la sous-cloison du nez, la supérieure placée à angle droit sur celle-là passe fatalement par le bregma. Si alors on marque sur la peau préalablement rasée 55 millimètres en arrière du bregma, on a l'extrémité supérieure du

sillon rolandien ; pour trouver l'inférieure, on conduit, à partir du point où l'apophyse orbitaire externe se relève, une ligne antéro-postérieure de 70 millimètres; de l'extrémité de celle-ci une verticale de 30 millimètres conduit au point qui répond à l'extrémité inférieure de la ligne rolandique cherchée.

Or, M. le professeur Massé (de Bordeaux), pour faciliter et rendre plus rapide cette construction géométrique, a fait construire un appareil formé de lames d'acier flexibles, graduées par millimètres, sur la tige horizontale duquel glisse un curseur coudé qui indique en le portant à 7 centimètres derrière l'apophyse orbitaire la situation du sillon rolandien. Un certain nombre d'expériences cadavériques ont montré à M. Massé l'utilité réelle de son instrument.

Sphacèle rapide de la cornée dans le cours d'un goître exophthalmique.

Cette complication, très rare, si même il en existe des observations, a été rencontrée par le Dr Leclerc (de Saint-Lô) sur une jeune fille de 15 ans présentant les signes absolument classiques de la maladie de Basedow. Les deux yeux ont été atteints successivement. D'un côté, à la première visite, M. Leclerc constata un kémosis considérable périkératique; la moitié inférieure de la cornée était jaune, manifestement enflammée, sa moitié supérieure nuageuse; en trois jours le sphacèle total était complet.

Il put observer le début même de la lésion sur le second œil ; d'abord un kémosis en croissant, commençant par la partie inférieure ; douleurs péri-orbitaires violentes ; le lendemain teinte jaunâtre de la moitié inférieure de la cornée s'étendant rapidement sur toute l'étendue de la membrane. Au quatrième jour fonte totale.

C'est là un exemple de troubles trophiques à évolution très rapide survenus spontanément et sans qu'aucun traumatisme en ait provoqué la production.

Adénite cervicale subaiguë et suppurée d'origine intestinale.

L'attention a été attirée déjà depuis quelque temps sur les adénopathies cervicales symptomatiques de tumeurs malignes de l'estomac et de l'intestin (Troisier, Belin). M. Nicaise a observé sur une dame de 85 ans une adénite cervicale subaiguë et terminée par suppuration, formant une tumeur molle, tendue et fluctuante dans la région sus-claviculaire. Trois mois auparavant, cette malade était en convalescence d'une entérite grave. Il n'y avait rien d'appréciable du côté des muqueuses nasale, buccale ou pharyngienne. La tumeur ganglionnaire contenait un pus épais, visqueux, et l'abcès, une fois ouvert, nettoyé et drainé, guérit très rapidement, en même temps que l'état général, de très précaire, redevenait excellent.

Il semble que la cause de cette adénite est une infection partie du tube digestif. Dans une observation analogue publiée récemment on a pu retrouver dans le pus de l'abcès ganglionnaire du cou des microbes d'origine instestinale.

Doigt à ressort.

M. Nicaise apporte une observation à l'appui de la théorie articulaire de cette affection. Il a observé, en 1880, un homme de 57 ans, rhumatisant, chétif, maigre, névropathe, atteint d'une arthrite chronique du poignet suite de rhumatisme subaigu sans rougeur ni fistules. Cet homme mourut d'une maladie intercurrente ; on constata à l'autopsie que les cavités articulaires du poignet étaient le siège d'une production de villosités tomenteuses sans pus ni lésions osseuses. Toutes les articulations du carpe étaient soudées par une couche cellulo-osseuse, il n'y avait plus trace de cartilage.

Le doigt annulaire présentait tous les caractères du doigt à ressort, détente brusque se produisant dans l'extension et dans la flexion. Dans toutes les articulations des doigts les surfaces articulaires étaient dépolies et rugueuses, les ligaments étaient tendus et rétractés ; il existait un ostéophyte sur le tendon de l'auriculaire qui ne présentait point le phénomène du ressort ; ce qui est un fait contraire à la théorie tendineuse de l'affection.

L'annulaire à ressort présentait une rétraction notable des tendons, des surfaces articulaires dépolies, et une rétraction très notable du ligament glénoïdien.

Cette autopsie est en faveur de la théorie articulaire bien développée dans un travail de M. le Dr Poirier, actuellement en voie de publication et dont nous aurons à parler prochainement.

Traitement de l'orchite par le coton iodé et la compression.

M. Dupau (de Toulouse) préconise l'application d'une couche de coton iodé sur les bourses maintenues en place à l'aide d'un suspensoir immobilisant bien les bourses et exerçant sur elles une compression régulière et soutenue. Il a observé, dans un grand nombre de cas où il a employé cette méthode, que les phénomènes douloureux de l'orchite cédaient complètement au bout de 8 à 12 heures de traitement. La guérison totale a été obtenue dans une moyenne de 3 à 8 jours, et l'induration de l'épididyme, qui persiste parfois si longtemps, avait disparu au bout de 15 à 18 jours.

Ce traitement agit sans doute par la compression, mais il est naturel aussi d'admettre que la révulsion légère produite sur les bourses doit entrer en ligne de compte, ainsi que les propriétés éminemment résolutives de l'iode.

De la dilatation rapide de l'urèthre chez la femme appliquée à l'extraction des corps étrangers de la vessie.

M. Duplouy (de Rochefort) appelle l'attention sur les avantages et l'innocuité de cette pratique déjà recommandée pour les enfants, surtout par Giraldès, Reliquet, de Saint-Germain, en 1884. Ayant eu à soigner une jeune fille de 18 ans qui s'était introduit une épingle à cheveux dans la vessie, il ne put réussir à la ployer avec l'instrument de Courty. Aussi, dans une séance ultérieure il pratiqua la dilatation du canal et fut assez heureux pour retirer le corps étranger rien qu'avec un doigt recourbé en crochet et tandis qu'un autre doigt soutenait la paroi vaginale.

La dilatation de l'urèthre est facile, le seul point qui résiste réellement est le méat ; aussi, surtout chez la femme adulte faut-il faire quelques mouchetures sur le pourtour du méat, afin

d'éviter la déchirure. L'opération doit être faite sous le chloroforme ; la dilatation doit être uniforme, sans violence, méthodique et se faire en une seule séance. On commence par introduire dans le canal un dilatateur à trois branches pour la trachéotomie. M. Duplouy se sert ensuite d'un ouvre-gant qu'on ouvre et qu'on referme alternativement en différents sens, lentement et prudemment. Il faut que cette dilatation, en un mot, soit une sorte de massage cadencé. On peut ainsi arriver à une dilatatiou de 2 à 3 centimètres de diamètre chez la femme adulte et on n'a pas à craindre d'incontinence dans la suite.

M. Duplouy a récemment encore employé cette méthode chez une enfant de 11 ans, malade depuis 8 mois d'une cystite purulente très intense. Cette enfant s'était introduit une petite tige de bois de 6 à 7 centimètres qui était incrustée de sels calcaires. Une tentative avec le lithotriteur n'avait pas réussi; la dilatation uréthrale, pratiquée suivant les règles que nous avons données plus haut, permit de faire facilement l'extraction du corps étranger et de nettoyer la vessie. Il n'y eut aucune incontinence dans la suite.

M. Reliquet fait observer que, dans un grand nombre de cas de corps étrangers, il est un accident qui rend la recherche et l'extraction de ceux-ci assez difficiles. La vessie se contracte partiellement sur le corps étranger et le refoule quelquefois dans la partie supérieure de sa cavité ; aussi la taille vésico-vaginale ne donnerait pas de résultats avantageux.

De l'accouchement provoqué rapidement dans l'éclampsie.

M. le Dr Mondot, chirurgien de l'hôpital d'Oran, a adopté depuis quelque temps un procédé qu'il croit recommandable et qui lui a donné de très bons résultats. Dans les cas d'éclampsie pendant le travail ou même à la fin de la grossesse avant le travail, on a tout intérêt à provoquer un accouchement rapide. Il est arrivé à ce résultat au moyen de douches intra-utérines. Voici comment il pratique : il introduit une sonde métallique plate présentant la courbure de la sonde intra-utérine du professeur Pinard entre la paroi interne et l'œuf ; cette sonde est en communication, au moyen d'un tube de caoutchouc, avec un réservoir ou un entonnoir, ustensile que l'on trouve toujours sous la main à la campagne. L'eau qui sert à l'injection doit être bouillie et portée à une température de 35 à 40°. M. Mondot s'est servi jusqu'ici d'eau phéniquée à 1 p. 100.

La sonde étant bien en place, on fait passer lentement dans la cavité utérine 10 à 12 litres d'eau, et après on laisse la femme reposer. Le travail se déclare et suit alors une marche régulière, ou, s'il est commencé, est très notablement amélioré. M. Mondot a employé cette méthode dans sept cas d'éclampsie ; il a pu sauver cinq femmes. Ce résultat est encourageant.

Dr Barette.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Instruction obligatoire des nourrices.

Le rapport de M. P. Fleury, inspecteur des Enfants assistés du département du Cher, qui a fait le sujet d'un article paru récemment dans le *Concours*, sur la Loi Roussel, ne nous a pas appris grand chose de nouveau. Très régulièrement chaque année, les inspecteurs départementaux répètent à leurs préfets respectifs que la loi de Protection aurait des résultats bien supérieurs, si les médecins inspecteurs communaux étaient plus zélés, s'ils instruisaient mieux les nourrices, s'ils les surveillaient de plus près.

Il est bien facile de dire : « Je suis convaincu que la mortalité diminuera notablement quand les médecins inspecteurs auront complètement refait l'éducation professionnelle des nourrices. » La difficulté est de refaire cette éducation. Les inspecteurs départementaux n'indiquent pas les moyens à employer pour y parvenir.

L'article du *Concours* qui est plus pratique, en donne un que tout le monde trouvera excellent : « Il serait utile, que des conférences soient faites dans chaque commune, sur l'hygiène du jeune âge. »

Certes, des conférences fréquentes faites par les médecins inspecteurs eux-mêmes à leurs nourrices, leur feraient grand bien.

J'ai songé à la création de conférences de ce genre, il y a quelques années, et j'ai même écrit à ce sujet une longue lettre à Messieurs les membres du Comité supérieur de Protection de l'Enfance. J'y développais une idée neuve et absolument personnelle qui n'a pas été goûtée en haut lieu.

Je demande à mes lecteurs la permission de reproduire ici les principaux passages de cette lettre que j'ai retrouvée dans mes cartons. Je ne serais pas fâché de savoir ce que mes confrères du *Concours* en penseront. M'adressant au Sénateur Roussel et à ses collègues du Comité supérieur, je disais :

« Il n'est pas de profession, quelque naturelle « qu'elle paraisse, qui n'exige des études préli« minaires et une instruction spéciale, basée sur « l'observation et la pratique de chaque jour.

« Le plus simple bon sens, la logique la plus « vulgaire, démontrent suffisamment qu'on ne « saurait improviser un général d'armée, faire un « médecin du premier venu, un pharmacien d'un « chanteur.

« Que dirait-on d'un individu qui voudrait « jouer du violon ou du piano sans connaître les « notes de musique, ou d'un Anglais qui préten« drait arriver à lire et à comprendre le français, « en refusant d'étudier d'abord la grammaire ?

« Eh bien, cependant, par une étrange aberra« tion, on impose à une jeune femme toutes les « exigences de la vie matrimoniale, toutes les « obligations de la maternité, sans lui avoir don« né la moindre explication sur les questions hy« giéniques qui la concernent, ni la moindre « notion des devoirs qu'elle aura à remplir. »

Je relisais dernièrement dans le journal *La Jeune mère* ces lignes si vraies, si profondes et en même temps si remplies d'amertume du docteur Brochard, et je songeais avec tristesse à la situation bien autrement singulière faite par notre incurie et notre indifférence aux *nourrices mercenaires*, à ces milliers de femmes qui ne sachant pas même emmailloter leur propre enfant, s'imaginent pouvoir sans études préalables, sans apprentissage, soigner et élever les enfants des autres.

Et ce qui me frappait encore davantage, c'était de songer que les parents de ces pauvres petits

êtres privés de la tendre sollicitude et du sein de leur mère, exigent de leur côté, de ces femmes ignorantes, des soins intelligents, une hygiène bien ordonnée, tout un ensemble de connaissances, sur une foule de questions dont elles n'ont jamais entendu parler, et qu'il leur serait presque impossible d'apprendre; si elles en avaient le désir. Car, si on écrit des livres, si on multiplie les publications dans le but, fort louable d'ailleurs, d'instruire les jeunes femmes de nos villes, de les initier aux mille soins réclamés par l'enfance, aux détails et aux difficultés de l'allaitement et du sevrage..., on laisse dans la plus complète ignorance, imbues le plus souvent d'absurdes préjugés, attachées parfois à des coutumes fatales, les femmes de nos campagnes, les épouses de nos paysans, celles-là précisément à qui les gens des villes confient leurs enfants, et qui, pour comble de malheur, habitent d'ordinaire des localités dépourvues de médecin.

C'est vraiment inconcevable !

De quel droit vient-on déblatérer contre les nourrices? De quel droit les accuse-t-on de l'affaiblissement de la race, de la mortalité effrayante des petits enfants?

Mais les coupables, ce ne sont pas elles!

Ce sont ceux qui, en ayant le pouvoir, *ne décrètent pas l'instruction obligatoire des nourrices.*

Je me suis bien souvent demandé pourquoi l'administration qui dispose d'une foule d'hommes instruits: professeurs, maîtres d'école, médecins inspecteurs, n'institue pas dans chaque commune des *conférences, des cours d'hygiène ou d'élevage*; et comment il se fait que personne, dans le monde officiel, n'ait jamais songé, dans ces temps d'instruction à outrance, à rédiger un manuel, un guide à la portée de toutes les intelligences, qui, distribué gratuitement par milliers d'exemplaires, dans les familles d'ouvriers et de paysans, s'en aille répandre partout « les notions les plus utiles, les plus pratiques et les plus rationnelles de l'hygiène de l'enfance ».

Si par un semblable moyen, on faisait pénétrer l'instruction et la lumière jusqu'au plus humble foyer, c'est alors que l'on pourrait se montrer exigeant!

D'après la loi, une femme ne peut prendre un nourrisson que quand son propre enfant est parvenu à l'âge de sept mois.

Quelle que soit la jeunesse et l'inexpérience d'une femme, c'est un laps de temps suffisant pour s'instruire sur tout ce qui concerne l'élevage, *si on lui en donne la facilité*. Les jeunes mères, tout en élevant leur bébé, pourraient lire le manuel, l'étudier, suivre les conférences, écouter les leçons et profiter des conseils. Quand arriverait le moment de prendre un nourrisson, le médecin inspecteur ferait passer à chacune d'elles un petit examen que toutes, bien certainement, seraient capables de subir victorieusement. Et alors, alors seulement, *munies d'un diplôme* attestant leurs connaissances théoriques et pratiques, elles deviendraient *nourrices*, et recevraient l'autorisation d'élever des enfants étrangers.

Si l'on modifiait de la sorte et d'emblée par toute la France le système de recrutement des nourrices, je garantis qu'en moins de deux années, on arriverait à former toute une légion de nourrices mercenaires instruites, disciplinées, dignes de tout éloge. »

Voilà ce que j'écrivais à la fin de l'année 1886.

Aujourd'hui comme alors, je pense que ce serait rendre un signalé service aux familles, que de réaliser cette idée.

On m'objectera sans doute que « pour avoir des conférences il faut payer des conférenciers, que pour distribuer des manuels, il faut les acheter, et... qu'on n'a pas d'argent! »

Quoi qu'on dise, je ne ferai pas à la France l'injure de supposer qu'après avoir dépensé des millions pour construire de superbes Palais scolaires, elle ne saurait pas, si elle le voulait bien, trouver quelques centaines de mille francs pour instruire les nourrices, et par ce moyen, protéger la vie de milliers d'enfants qui plus tard peupleraient ses Écoles, et devenus des hommes, défendraient son drapeau.

Ne pourrait-on, d'ailleurs, pour diminuer la dépense, créer, comme cela a été fait pour l'agriculture, des Professeurs d'hygiène départementaux, qui iraient dans les communes faire des conférences à jour fixe, aux nourrices et aux jeunes mères?

Pourquoi, M. Ch. Henri Monod, qui comprend si bien toutes les questions d'assistance et de protection, ne mettrait-il pas à l'étude ce projet *d'instruction obligatoire* des nourrices, qui parut autrefois trop hardi au Comité supérieur de protection de l'Enfance? Pourquoi n'expérimenterait-il pas sur un point limité (dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise, par exemple), des conférences bi-mensuelles aux nourrices?

Je souhaite que cet article, lui tombant sous les yeux, lui suggère la bonne pensée de prendre l'initiative des réformes reconnues nécessaires, et de demander à nos gouvernants qui l'écoutent volontiers, les perfectionnements que comporte la loi de Protection de l'Enfance.

Dr Toussaint,
d'Argenteuil (Seine-et-Oise).

TRAVAUX ORIGINAUX

Mode d'action des applications métalliques. Leurs effets sur les malades non hystériques,

Par le Dr Chazarain.

L'application des métaux à la surface du corps dans un but thérapeutique remonte à une époque très ancienne et était regardée par Aristote, Gallien, Paul d'Egine, Aetius, Alexandre de Tralles, Paracelse, etc., comme possédant des propriétés particulières dans le traitement d'affections très diverses. Mais ces praticiens célèbres, comme le fait remarquer le Dr L. H. Petit, ignoraient le côté scientifique de la question et attribuaient l'efficacité de leurs remèdes aux inscriptions magiques qu'ils portaient.

Cette méthode était depuis longtemps abandonnée lorsque Despine en 1820 et Burq, vers 1849, portèrent leur attention sur les effets que les plaques en métal produisaient sur certaines hystériques.

Despine s'était aperçu de la singulière appétence de ces malades pour l'or et surtout pour l'or le plus pur et de l'influence manifestement différente qu'avaient sur elles d'autres métaux. Il avait, chez plusieurs, suivant le Dr J. Monard (1),

(1) La Métallothérapie en 1820, par le Dr J. Monard, brochure extraite du *Lyon médical*, 1880.

fait cesser et ramené des spasmes, la sensibilité, la motilité, disparaître des névralgies. Il avait cru reconnaître que l'électricité en aigrettes, en étincelles et en commotion produisait le même effet que l'or.

Burq, ayant remarqué qu'une femme hystérique évitait le contact du cuivre, qui, disait-elle, lui produisait une sensation désagréable et pouvait la réveiller, expliquait le fait par une disposition particulière aux individus en état de somnambulisme, disposition qui les porte à vouloir rester endormis, parce que, dans ce sommeil, ils ne ressentent aucun des malaises de leur vie ordinaire, et par suite à repousser les excitations capables de les en sortir (1).

Comme l'insensibilité accompagne très souvent le sommeil hypnotique, Burq en concluait que le métal qui tendait à mettre fin à ce sommeil et par suite à l'anesthésie qui en était la conséquence, devait être le remède de l'anesthésie qui le précédait chez certains sujets. Dès lors il appliqua le cuivre sous forme de disques, de bracelets, de plaques, au traitement des différentes manifestations de l'hystérie. Plus tard, ce métal s'étant montré sans action sur un certain nombre de malades, il essaya d'autres métaux et en obtint de bons résultats.

En 1851, il avait constaté, à la suite de l'application des métaux chez les anesthésiques, les phénomènes suivants : fourmillements, chaleur, sueur, rougeur, c'est-à-dire retour de la circulation et de la sensibilité.

Il disait en substance, dans sa thèse pour le doctorat (2) : « L'application des plaques métalliques sur une partie limitée du corps est capable de faire cesser les paralysies de la sensibilité et de la motilité produites par l'hystérie.

Le même métal ne convient pas à tous les sujets indistinctement, mais l'idiosyncrasie particulière à chaque individu exige l'emploi d'un métal spécial, variable par conséquent, mais sans règles déterminées. »

L'auteur arrivait à trouver le métal qui convenait à la malade en procédant par tâtonnement, c'est-à-dire par l'essai successif de différents métaux. C'était là l'objet de la métalloscopie.

Burq attribuait l'action des métaux à une force inconnue dans son essence, mais qui lui paraissait analogue au magnétisme et à l'électricité !

M. le professeur Charcot, MM. Luys et Dumontpallier, membres d'une commission nommée par la Société de biologie pour étudier les faits avancés par Burq, en avaient reconnu l'exactitude et avaient découvert, en outre, que les applications métalliques produisent un phénomène curieux qui avait échappé à l'observation de Burq : c'était le transfert ; mais la cause de ces phénomènes n'avait pas été déterminée par eux (3).

Cependant, M. le professeur Charcot avait émis l'idée que les effets dus à l'application des métaux dépendaient peut-être d'actions électriques produites par le contact d'un métal avec la surface cutanée.

MM. Onimus, Rabuteau, Regnard, Vigouroux, tout en invoquant aussi l'électricité, avaient chacun une opinion différente sur la manière dont elle était produite et ne s'expliquaient pas sur son mode d'action.

Il est certain que l'électricité pouvait, à bon droit, être considérée comme la cause probable des changements que les métaux produisaient dans la sensibilité et la motilité des hystériques, puisqu'on avait pu obtenir des effets identiques avec des courants de pile.

Ces effets de l'électricité furent, après d'autres auteurs, signalés par Marigliano et Sépelli (1).

Mais des observateurs ayant constaté que des corps autres que les métaux, des sinapismes, des rondelles de bois ou d'os, de la cire à cacheter, etc., produisaient souvent les mêmes effets, plusieurs d'entre eux se demandèrent si les modifications qui sont produites à la suite de ces applications, ne résultaient pas de l'*attention expectante*, comme on devait le dire plus tard de l'action des médicaments à distance, qui est réelle chez quelques sujets et dans des conditions déterminées (2).

De ce nombre furent Hugues Bennett de Londres, et Beard, de New-York (3).

Maggiorani (de Milan) et Schiff (de Genève) rejetèrent l'idée de l'existence d'un courant électrique se développant au contact des métaux et du tégument chez les hystériques traitées par l'application des plaques métalliques (4).

Et, à l'appui de cette manière de voir, Schiff rappelait que Westphall (de Berlin) avait vu les effets physiologiques de la métalloscopie se produire même après avoir séparé les métaux de la peau par un corps mauvais conducteur, et que lui-même avait obtenu des effets esthésiogènes par l'application de corps très chauds, un sinapisme, etc., et par l'action d'un aimant placé à une distance de six mètres du sujet, ce qui semble indiquer qu'il s'agit là d'autre chose que d'une action électrique.

Cependant, M. le professeur Vulpian avait, dès 1875, montré que l'emploi de l'électricité pouvait remplacer les applications métalliques pour ramener la sensibilité. Il a vu, en effet, un malade atteint d'hémi-anesthésie due à une lésion cérébrale, chez lequel on a pu faire disparaître lentement l'insensibilité dans tous les points de la moitié du corps affectée, en électrisant une région très limitée de ce côté à l'aide de courants faradiques d'une assez grande intensité, et il a constaté plus tard des résultats analogues dans des cas d'hémi-anesthésie déterminée par une lésion de l'encéphale, soit par des troubles fonctionnels hystériques.

Les faits rapportés par M. Vulpian ne prouvaient, ce semble, qu'une chose : c'est que l'électricité d'induction peut produire quelquefois les mêmes effets physiologiques et thérapeutiques que les métaux. Mais, après comme avant, disait à propos de ces faits et d'autres semblables, le docteur Gradle, de Chicago, tout cela n'explique pas d'une manière satisfaisante les phénomènes de la métalloscopie.

(1) Burq. Les origines de la métallothérapie, p. 23 et 24.
(2) Burq. Thèse pour le Doctorat, 1851.
(3) Dumontpallier. La Métallothérapie et le Burquisme. *Union médicale*, 1879, numéro d'octobre et suivants.

(1) *Revista sperimentale di Freniatra*, anno IV, fascicolo 1, 1878, p. 36.
(2) Bennett, in *Brain, Journ. of Neurologie*, octobre 1878.
(3) Beard, Experiments With living human beings, broch. et *Brit. med. Journ.*, 6 septembre 1879, t. II, p. 373.
(4) *Bull. de thér.*, 15 août 1880, p. 100. La métallothérapie, par le Dr Petit, p. 53.

Tel était encore l'état de la question, malgré les explications ingénieuses fournies par l'école de la Salpêtrière, quand la découverte de la polarité humaine, telle que nous l'avons exposée dans différents travaux (1), vint, en 1885, apporter les éléments d'une solution scientifique jusqu'alors vainement cherchée.

Rappelons les principes de cette découverte : Tous les corps de la nature sont pénétrés par le fluide éthéré, qui reçoit et transmet au dehors les vibrations de leurs molécules. Cette transmission constitue leur rayonnement, lequel est positif ou négatif.

L'homme et les animaux sont positifs par le côté gauche de leur buste et le côté externe de leurs membres et négatifs par les côtés opposés ; les végétaux sont positifs du côté de leur sommet et négatifs du côté de leur racine ; les minéraux, à l'état amorphe, n'ont qu'une seule polarité : ils sont positifs ou négatifs, mais sous la forme allongée, ils acquièrent les deux pôles ; enfin les couleurs elles-mêmes sont les unes positives, les autres négatives.

Cela veut dire que tous les corps, appliqués à la surface cutanée (des sensitifs surtout), s'y comportent comme les pôles ou l'un des pôles d'un aimant ou d'une pile, en modifiant plus ou moins leur sensibilité, telle position des pôles l'affaiblissant, ou la suspendant, et une position opposée la rétablissant ou l'exaltant.

(*A suivre.*)

(1) Démonstration expérimentale de la polarité des corps humains, 1885. Découverte de la polarité humaine. Chez Doin. Les courants de la polarité (118 fig.), 1887, chez Doin.

Luxation du coude réduite au trente-unième jour. Observation et déductions pratiques.

Par le Dr G. Carrière.

La luxation du coude est celle qui devient le plus promptement irréductible. Dès le vingtième jour, on peut rencontrer des obstacles invincibles, dit Ad. Richard, l'excellent auteur de la « Pratique journalière de la Chirurgie ». De plus, cette luxation, non réduite, est la plus déplorable de toutes, en ce qu'elle entraîne toujours un certain degré d'infirmité, et souvent l'impotence complète et l'atrophie du membre, surtout quand cette lésion se produit dans le jeune âge.

En considération de ce qui précède, j'ai pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à publier l'observation suivante.

Le 3 mai 1888, la jeune R., âgée de onze ans, fit une chute sur le coude gauche, et, à partir de ce moment, elle ne put se servir de ce bras. Elle en souffrit pendant les deux ou trois premiers jours, puis elle retourna à l'école après que ses parents eurent consulté un empirique qui affirma qu'il n'y avait « rien de cassé ni de dérangé ». Mais les semaines s'écoulant sans qu'il se manifestât aucune amélioration, on se décida, au bout d'un mois, à aller voir le Dr B. qui diagnostiqua une luxation du coude et, après quelques tentatives de réduction infructueuses, me fit l'honneur de m'envoyer sa cliente.

On m'amena cette fillette le 8 juin 1888, à huit heures du soir, soit trente un jours après l'accident. Elle est de faible complexion, maigre, aux membres grêles. Après l'avoir fait déshabiller, je procédai à un examen méthodique du membre blessé, dont voici les résultats :

1° *Attitude.* — Le bras est allongé et fixé dans la demi-extension ; l'avant-bras est en supination et il est impossible de le fléchir par suite des résistances et des douleurs qui s'y opposent.

2° *Déformation.* — Le diamètre antéro-postérieur du coude est notablement augmenté ; l'avant-bras paraît raccourci et le bras allongé ; mais, en mesurant la distance de l'acromion à l'olécrâne, je trouve au contraire un raccourcissement d'un centimètre et demi, par rapport au côté sain.

3° *Saillies et dépressions normales.* — L'olécrâne forme une saillie très prononcée en arrière, et de chaque côté de cette éminence, mon doigt s'enfonce dans les parties molles au lieu de rencontrer l'épicondyle ou l'épitrochlée : il existe de même une dépression anormale au-dessus de l'extrémité radiale ; allant ensuite à la recherche de l'extrémité inférieure de l'humérus qu'il est facile de disséquer par la palpation, je constate qu'elle est située en avant et au-dessous des surfaces articulaires radio-cubitales.

4° *Mouvements de latéralité.* — En fixant le bras d'une main, et de l'autre, imprimant à l'avant-bras des déplacements en dedans et en dehors, j'obtiens aisément des mouvements insolites de latéralité, signe pathognomonique dans les luxations des jointures ginglymoïdales.

D'après tous ces symptômes, le diagnostic de luxation complète du coude, en arrière, était évident et certain.

Mais le plus difficile était à faire et j'avoue que je me mis à l'œuvre sans grand espoir de succès. Je confie l'extension et la contre-extension à deux aides d'abord, puis à trois et enfin à quatre, tandis que j'exerçais moi-même la coaptation avec les mains, l'avant-bras ou le genou, de façon à refouler l'humérus en arrière et à repousser l'avant-bras en avant. L'opération fut laborieuse, longue et pénible ; il fallut l'interrompre à plusieurs reprises pour laisser reprendre haleine tant aux opérateurs qu'à la jeune patiente. Pourtant, à la septième ou huitième tentative, un craquement se fit entendre, j'eus la sensation d'une déchirure à l'intérieur du coude et aussitôt la luxation me sembla réduite. En effet, la déformation choquante ainsi que les saillies et les dépressions anormales avaient disparu et je pouvais maintenant fléchir le coude jusqu'à l'angle droit et même au delà, ce qui était absolument impossible auparavant. — La séance n'avait pas duré moins d'une heure et demie et avait été supportée par cette fillette avec une docilité exceptionnelle et une patience vraiment admirable.

Soins consécutifs. — J'immobilisai le coude dans la flexion à angle droit, au moyen de deux attelles coudées et d'une grande écharpe.

10 *juin.* — Le coude est encore le siège d'un gonflement considérable. Cependant, en répétant les explorations précédemment décrites, je retrouve les preuves de la réduction.

Il est facile d'imprimer des mouvements de flexion et d'extension assez étendus ; les mouvements de pronation et de supination ne laissent rien à désirer. Les mouvements normaux de latéralité persistent ; ils proviennent sans doute de la déchirure des ligaments latéraux.

Je supprime les attelles, et prescris seulement l'écharpe pendant huit à dix jours de plus ; mais je recommande par-dessus tout de frictionner le membre deux ou trois fois par jour et de pratiquer en même temps des mouvements gradués, pour assouplir la jointure.

1er *Juillet.* — On a exécuté ces prescriptions d'une manière irrégulière et insuffisante. Aussi suis-je peu satisfait des progrès accomplis depuis la dernière visite. Le coude est toujours augmenté de volume, dans son diamètre antéro-postérieur principalement. Les mouvements volontaires sont très limités ; les mouvements passifs sont loin d'atteindre l'amplitude normale, ils sont douloureux et accompagnés de craquements sourds, ce qui me fait admettre une fracture de l'apophyse coronoïde et aussi un certain degré d'arthrite, conséquences des violents tiraillements auxquels ces parties ont été soumises, au moment de la réduction. Il y a toujours un peu de mobilité latérale. Je demeure convaincu néanmoins que la luxation a été réduite, d'après la situation respective des trois points de repère constitués par l'olécrâne, l'épicondyle et l'épitrochlée. On sait d'ailleurs que les mouvements se rétablissent avec plus de lenteur dans les articulations qui sont restées longtemps disloquées.

Je conseille de continuer avec insistance les moyens d'assouplissement déjà indiqués.

Dans le mois d'août, le père de la malade étant revenu seul me voir, m'apprend que sa fille a recouvré d'une manière très satisfaisante l'usage du membre blessé, quoique le coude soit toujours un peu plus gros qu'à l'état normal.

Je n'ai pas revu la jeune R. depuis lors, mais j'ai reçu confirmation de son entière guérison.

Conclusions pratiques. — La cure des luxations est un des points épineux de la chirurgie, à cause des obscurités du diagnostic et des difficultés du traitement. Une luxation récente est généralement facile à reconnaître et à guérir ; mais, à mesure qu'on s'éloigne de l'accident, les difficultés de la réduction s'accroissent rapidement et deviennent insurmontables au bout d'un délai qui varie selon les cas.

En présence d'un déplacement articulaire ancien, il ne faut le déclarer irréductible qu'après avoir épuisé toutes les ressources de l'art, afin d'éviter, autant que possible, au blessé, le préjudice cruel qu'occasionne une pareille lésion. On emploiera d'abord les procédés simples qui sont à la portée de tous les praticiens : tractions énergiques pour rompre les adhérences, sans aller toutefois jusqu'à produire la rupture des vaisseaux ou des nerfs, coaptation, avec ou sans chloroformisation. Si ces manœuvres, que j'appellerai manuelles, restent inefficaces, il y aura lieu de recourir aux procédés mécaniques et, pour cela, on adressera le patient à un chirurgien de profession ou à un service hospitalier pourvu des machines et appareils spécialement affectés à ce genre d'opérations.

Enfin, dans tous les cas, on se rappellera ce judicieux précepte d'Ad. Richard : « Qui a réduit une luxation récente ou ancienne a fait peu de chose pour le malade, s'il néglige le traitement consécutif » : immobilisation pendant une semaine, après quoi, mouvements communiqués, frictions, massage, afin de rendre la souplesse à l'articulation et de restaurer les fonctions du membre.

REPORTAGE MÉDICAL

La *Fédération universelle des Etudiants*, destinée à faciliter aux membres les voyages et les séjours dans les diverses facultés et à établir entre eux des relations constantes que n'arrêteront plus les frontières, a été constituée d'une façon définitive et scellée par des fêtes et un banquet de plus de mille étudiants sur la tour Eiffel.

L'*Association Française pour l'avancement des sciences* a fixé son prochain Congrès à *Limoges* et en 1890 à Marseille.

Le diplôme de pharmacien ne peut être délivré qu'à 25 ans accomplis. Les Ecoles ont reçu l'ordre de ne pas le délivrer avant la justification de cet âge.

Les *instituteurs et institutrices* devront sous le timbre de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène, signaler aux *sous-prefets* les cas de maladies épidémiques atteignant les enfants de leurs écoles. C'est là le *Bulletin des épidémies commençantes* qui permettra d'enrayer celles-ci.

M. de Criseny (Revue générale d'administration), constate qu'en 1886, sur 30,000 *lits d'hôpital*, 40 % n'ont pas été utilisés. Ne pourrait-on trouver le moyen d'utiliser ce capital improductif, lorsque d'autre part, bien des malheureux n'ont pas de lit pour leurs infirmités ou leur vieillesse ?

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Lacaze, de Moubahus (Lot-et-Garonne), présenté par M. le Dr Colombet, de Miramous.

M. le Dr Lacoste, de Laruns (Basses-Pyrénées), présenté par M. le Dr Cazenave de la Roche.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT :

Congrès d'Hygiène, un fort volume de 1200 pages environ in-8°. Prix .... 15 fr.
Congrès d'Assistance publique, deux volumes de 700 à 800 pages chacun, in-8°. Prix des deux........ 20 fr.
Congrès des Habitations à bon marché, un volume de 200 pages. Prix........ 4 fr. 50
Congrès de la propagation des Exercices physiques dans l'Instruction, un volume de 150 à 200 pages. Prix...... 3 fr. 50
Congrès contre l'Alcoolisme, un volume de 100 à 150 pages. Prix........ 3 fr.

Par *faveur spéciale* 20 o/o de remise pour MM. les membres du « Concours médical ».

Nos confrères peuvent souscrire dès maintenant à ces volumes qui ne seront tirés qu'à un petit nombre d'exemplaires et sur lesquels nous appelons vivement l'attention.

Ils contiennent *in extenso*, c'est-à-dire sténographiés, tout ce qui s'est discuté d'important dans ces assemblées uniques du grand centenaire.

De plus, M. Massip, directeur des « Annales économiques » chargé de réunir en recueil ces *comptes rendus* en a justement confié l'édition à nos éditeurs MM. Rongier et Cie, qui outre la remise de 20 o/o aux membres du Concours accordent encore la *gratuité de l'expédition* par colis postal.

Adresser les demandes à MM. Rongier et Cie, éditeurs du Concours médical, place de l'Ecole de Médecine (4, rue Antoine-Dubois).

A PARU CETTE SEMAINE :

Manuel d'Hygiène scolaire, par notre collègue du Concours médical, M. EMILE BARTHES........ 2 fr. 50

Nous reviendrons sur cette publication dans le prochain numéro.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André. Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année N° 37 14 Septembre 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

NÉCROLOGIE.

Maurice Perrin.

La séance de l'Académie a été levée le 3 septembre en signe de deuil à l'occasion de la mort de son président, MAURICE PERRIN.

Né le 26 avril 1826, Maurice Perrin avait commencé ses études médicales à Paris ; de bonne heure, il se voua à la médecine militaire.

Il passa sa thèse en 1851. En voici le titre : *De l'huile de foie de morue et de ses effets dans la phtisie pulmonaire*. Dix ans après son concours d'agrégation à l'Ecole militaire (1858), il y débuta comme professeur titulaire dans la chaire de médecine opératoire (1868) et comme directeur du service ophtalmoscopique au Val de-Grâce (1869). Cette nomination eut lieu à l'unanimité des suffrages des professeurs de l'École et du Conseil de Santé des armées.

Il conquit successivement tous ses grades dans la médecine militaire et devint directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie du Val-de-Grâce. Quand il est mort, il était inspecteur du service de santé, en retraite. Il avait été médecin en chef du corps d'armée du maréchal Mac-Mahon, en 1870. Commandeur de la légion d'honneur, M. Perrin avait été nommé, cette année, Président de l'Académie de médecine. Il était Membre de la *Société anatomique de Paris* (1854) ; ancien président de la *Société médicale d'émulation de Paris* (1860) ; membre titulaire de la *Société de Chirurgie de Paris* (1865) ; lauréat de l'*Institut* (prix unique du concours de médecine et de chirurgie) (1861).

Maurice Perrin a publié un grand nombre de mémoires et des ouvrages fort remarqués, à l'époque où il était dans toute la vigueur de son talent. Son œuvre capitale est son *Traité d'anesthésie chirurgicale* (Paris 1868), écrit en collaboration avec le Dr Lallemand.

Ses autres principaux ouvrages sont : *Traité d'ophtalmoscopie et d'optométrie.— Rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme*, écrit en collaboration avec MM. L. Lallemand et Duroy. *Atlas des maladies profondes de l'œil* (Paris, 1879) ; — *De l'action physico-chimique des substances anesthésiques* (*Soc. de chir.*, 1858) ; — *De l'influence des boissons alcooliques prises à doses modérées sur la nutrition* (*Acad. des Sciences*, 1864) ; — *De l'influence des boissons alcooliques à doses excessives ou toxiques sur la nutrition et la reproduction, etc., etc.*

Oré.

La médecine vient encore de faire une autre cruelle perte ; car la dernière semaine a vu aussi le décès d'un professeur de la Faculté de médecine de Bordeaux, M. le Dr ORÉ. M. Oré était professeur de physiologie, docteur ès sciences naturelles, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-André et chevalier de la Légion d'honneur. Il meurt à l'âge de 62 ans. Plusieurs fois lauréat de l'Institut, M. Oré est l'auteur d'un grand nombre de mémoires connus. Sans compter sa collaboration au *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, où il a publié des articles remarqués (*Aliments, Alimentation, Bains, Bégaiement, Déglutition, Transfusion*, t. XXXVI, entre autres, etc.), sans compter non plus l'invention de divers transfuseurs, on lui doit plusieurs travaux importants sur la transfusion du sang et sur les *injections intra-veineuses de chloral*.

M. Oré était encore lauréat de l'Ecole de médecine de Bordeaux, membre et lauréat de l'Académie des sciences de cette ville et des diverses autres Sociétés savantes de Bordeaux (médecine et sciences naturelles), associé national de la Société d'anthropologie de Paris, correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Pathogénie et métastases de l'eczéma, particulièrement chez les enfants.

M. le Dr Ernest *Gaucher*, médecin des hôpitaux, qui depuis plusieurs années dirige la policlinique dermatologique attachée à la clinique infantile de M. le professeur Grancher, a fait une bien intéressante communication sur ce sujet.

L'ancienne croyance populaire d'après laquelle il était dangereux de guérir les gourmes et les dartres, n'est plus admise aujourd'hui par la majorité des médecins ; et cependant il y avait dans cette croyance une grande part de vérité.

Il importe de distinguer l'impétigo, la séborrhée du cuir chevelu qui sont des maladies de cause interne. M. Gaucher croît qu'il est souvent dangereux de guérir l'eczéma, surtout chez les enfants et son opinion est basée sur de nombreux faits qu'il a observés. Il ne se dissimule pas que son opinion sera traitée de surannée par certains dermatologistes qui ne voient pas plus loin que la peau qu'ils ont à traiter. On subit trop l'influence de l'école allemande qui en est arrivée à décrire la variole comme une maladie de la peau et on a trop de tendance à oublier les enseignements de Bazin. Les exagérations de l'école anatomique et des doctrines parasitaires, dont M. Gaucher est loin d'ailleurs de méconnaître l'importance, ont fait complètement oublier le rôle des altérations humorales dans les affections cutanées.

Et cependant, quelque peu connues qu'elles soient dans leur essence, ces altérations sont indéniables. On possède quelques notions certaines sur les altérations chimiques du sang et des humeurs dans le diabète, dans la goutte et dans l'urémie ; et dans toutes les maladies on observe des métastases que, d'après les données de la science contemporaine, on pourrait appeler des métastases chimiques.

Eclairés par ces exemples, ne pouvons-nous pas soupçonner chez les malades atteints d'eczéma, l'existence de principes toxiques qui s'éliminent par la peau ? Car on sait, d'autre part, que les matières toxiques d'origine nutritive, les poisons de la désassimilation, ne s'éliminent pas seulement par le rein, mais aussi par les glandes cutanées. On sait l'influence de certains aliments et même d'une alimentation quelconque prise en excès sur la production et l'entretien de l'eczéma. Dans ces cas, la lésion cutanée est sans doute le résultat de l'élimination des matières excrémentitielles par la peau.

La production excessive de ces matières toxiques désassimilées et leur élimination par la peau, au lieu d'être accidentelle, comme dans le cas précédent, peut se présenter comme un état morbide permanent, dépendant des troubles nutritifs constitutionnels et souvent héréditaires. L'eczéma chronique est alors sous la dépendance d'une altération chronique des humeurs, dont les principes toxiques s'éliminent en partie par la peau. Dans ces conditions, la dermatose est en quelque sorte une sauvegarde ; si on la fait disparaître, c'est l'élimination cutanée qu'on supprime en même temps, et c'est autant de matière toxique qui peut s'accumuler dans les organes internes et déterminer des accidents plus ou moins rapides et plus ou moins graves, suivant le siège de la métastase.

Ces accidents doivent être plus fréquents chez les enfants, à cause de l'activité plus grande de leur nutrition qui entraîne un déplacement plus facile de la matière toxique et à cause de la délicatesse de leurs organes ; ils doivent être plus graves à cause de leur résistance moindre.

Les métastases ne sont pas de simples coïncidences, car on connaît de nombreux faits d'alternance des lésions cutanées avec des affections internes, qui prouvent que les principes toxiques des humeurs altérées peuvent se porter tantôt sur un point, tantôt sur un autre de l'économie. M. Gaucher a cité l'histoire d'un homme qui dans son enfance fut atteint d'accés d'asthme ; l'asthme disparut complètement avec l'apparition d'un eczéma et ne s'est pas montré depuis. Mais l'année dernière, à la suite de la guérison de l'eczéma, le malade fut atteint d'un rhumatisme articulaire qui mit ses jours en danger.

Il est vrai que les eczémateux peuvent présenter des complications viscérales avec la persistance de leur eczéma ; cela prouve que dans ces cas tout le poison ne peut s'éliminer par la peau.

Si l'on admet la pathogénie que M. Gaucher propose et qui compare les altérations humorales des eczémateux à celles des goutteux, des diabétiques et des urémiques, on est obligé de reconnaître que les accidents qui peuvent succéder à la suppres-

FEUILLETON

Réponse à un feuilleton précédent :

Le chapeau haut de forme.

Je voudrais répondre à la spirituelle boutade que notre aimable confrère Grellety décochait l'autre jour, à cette même place, au chapeau de soie.

Je suis d'autant plus à l'aise, mon cher confrère, pour plaider contre vous la cause de votre ennemi intime que, dans le petit trou de la province où j'habite, ce genre de coiffure n'est guère usité que dans les circonstances solennelles de la vie.

Aux jours de mariage, d'enterrement ou de fêtes choisies, les autochtones de ma ville natale, bourgeois cossus, petits et gros boutiquiers, défilent dans les rues, surmontés d'extraordinaires cylindres tirés avec précaution de l'armoire familiale, où pendant de longues suites d'années ils reposent soigneusement enveloppés de foulards. Oh ! les curieuses binettes, oh ! les réjouissantes tournures qu'ont ces bons voisins ainsi endimanchés..., et fiers, il faut les voir !

Vous avouerez, mon cher confrère, que je vous fais dès mon exorde la part assez belle, puisque je débine moi-même mon client.

Encombrant, funèbre et ridicule, je vous annonce que le gibier a des défauts sans nombre. Mais il doit bien posséder aussi quelques qualités et de sérieuses, pour avoir résisté depuis tantôt un siècle aux quolibets et aux sarcasmes dont on larde son cylindre poli et luisant comme une lame de sabre (P. Bourget). Oui, il doit recéler des qualités cachées, ce chapeau-là, pour qu'au travers des fluctuations incessantes de la mode il soit demeuré droit, haut, rigide et à peine atteint dans sa forme primitive par quelques accidents de courbure, de couleur ou de hauteur.

Il en a au moins une, et qui à mes yeux prime et englobe toutes les autres, il en a même deux : il est commode, et il est distingué.

sion d'un eczéma sont des métastases ou des répercussions internes.

La conclusion des faits précédemment exposés est que chez les personnes âgées et chez les enfants il faut apporter beaucoup de circonspection dans le traitement d'un eczéma, surtout si cet eczéma est très étendu. Il ne faut pas traiter d'emblée toute la surface malade, mais ne s'attaquer qu'à des fractions successives. Il ne faut pas employer les topiques trop énergiques. Il faut procéder avec lenteur pour habituer en quelque sorte l'organisme à la suppression de l'émonctoire cutané, et donner le temps aux principes toxiques de prendre peu à peu une autre voie d'élimination, celle de l'intestin ou celle du rein.

Il est même nécessaire de provoquer cette substitution d'émonctoire en administrant des purgatifs et des diurétiques dont le meilleur est certainement le lait.

Pseudo-rachitisme syphilitique.

MM. *Iscovesco* et *Meneault* ont fait des recherches qui les ont conduits aux conclusions suivantes :

La syphilis donne parfois lieu à un ensemble de lésions du système osseux qui en imposent à première vue pour du rachitisme.

Cet ensemble de lésions constitue une forme clinique, qu'il convient de désigner sous le nom de pseudo-rachitisme syphilitique. Contrairement aux opinions courantes, la syphilis osseuse se présente parfois avec de véritables déviations.

Le pseudo-rachitisme a des signes absolument particuliers.

Il suffit à lui seul pour faire le diagnostic de syphilis héréditaire. Il est justifiable du traitement spécifique, qui, comme dans tant de cas de syphilis invétérée, ne donne malheureusement pas toujours des résultats curatifs parfaits.

ASSOCIATION FRANÇAISE
pour l'avancement des sciences.

Voici quelques-unes des communications intéressant la médecine.

Rachitisme et syphilis

M. *Galliard* a rappelé, dans une communication faite à l'Association française pour l'avancement des sciences, que Parrot considérait le rachitisme comme une des manifestations de la syphilis héréditaire. M. Galliard a publié, il y a trois ans, une observation opposée à cette doctrine. Il s'agissait d'un cas de rachitisme parfaitement affranchi de toute relation avec la syphilis. En effet, les parents du jeune sujet, contractant la syphilis deux ans après sa naissance, avaient fourni la preuve éclatante de leur intégrité préalable. La cause du rachitisme dans ce cas était l'alimentation défectueuse, le défaut des soins, l'hygiène imparfaite.

Plus tard, dans cette famille, avant que la vérole n'eût fait son entrée, un second enfant était venu, qui, préservé de la syphilis, fut aussi préservé du rachitisme, grâce à des soins plus éclairés et à une hygiène mieux entendue.

Enfin, depuis le chancre paternel communiqué à la mère, un troisième enfant fut engendré en pleine syphilis. Cet enfant présenta toutes les lésions typiques de la vérole enfantine et, cependant, il fut épargné par le rachitisme. Sa croissance est régulière et rapide. L'enfant a près de trois ans maintenant et le développement est aussi satisfaisant que possible.

En résumé, chez deux enfants d'une même famille, on peut observer ce constraste, d'une part, rachitisme sans syphilis congénitale, ni acquise ; d'autre part, syphilis héréditaire sans rachitisme.

Influence des maladies du foie sur le développement de certaines affections chroniques des centres nerveux.

M. *Tessier* (de Lyon) fait allusion non à des troubles nerveux, fonctionnels ou réflexes, engendrés sous l'influence de maladies du foie, mais à de véritables maladies organiques de la moelle, ayant pour point de départ une détermination morbide primitive sur l'appareil hépatique.

Il y a trois ans, il avait été frappé de voir une atrophie musculaire progressive, évoluant après des crises répétées de coliques hépatiques. Il avait alors considéré les crises hépatiques comme des crises viscérales symptomatiques de l'affection médullaire. Plus tard, il a vu un malade, vic-

---

Commode ! cet encombrant tuyau ? — Parfaitement !

Commode à mettre et à enlever, et quand il sort d'une bonne fabrique et repose sur un segment occipito-frontal digne de le porter, il donne à la physionomie ce cachet tout particulier absolument moderne et que le mot distinction rend très clairement.

Et vous trouvez que ce n'est rien pour un chapeau de pouvoir se targuer d'une telle supériorité, car c'en est une et très grande et très légitime, sur toutes les autres formes de chapeaux anciens ou modernes, français ou exotiques ?

Je dis donc que le chapeau haut de forme est avant tout commode et, puisque je plaide, je le prouve.

A quel usage, doit, selon vous, convenir un chapeau ?

A se couvrir la tête, évidemment.

En théorie cela est vrai, mais la vie n'est rien moins que théorique, elle est surtout pratique.

Or la pratique nous enseigne que dans les villes où les chapeaux servent à protéger un crâne contre les intempéries, ils sont surtout utilisés entre concitoyens pour se saluer les uns les autres.

Et je vous mets bien au défi de faire un salut correct avec toute autre coiffure que le *de cujus*.

Je sais bien que pour monter en voiture, ou bien lorsqu'il vente ou qu'il pleut très fort, le dit chapeau peut créer quelqu'embarras, mais aux seuls maladroits, mon cher confrère, aux philistins insuffisamment familiarisés avec ce genre de couvre-chef...... Nierez-vous, par exemple, que le rasoir soit un instrument commode pour se raser ?.. Pourtant, si vous ne savez pas vous en servir, vous vous ferez bel et bien des estafilades.

Est-il besoin de plaider longuement pour démontrer la distinction de cet élégant cylindre sur la soie duquel la lumière s'irise en si somptueux reflets ? Cherchez, bouquinez, inventez, fouillez dans les musées, les estampes ou les livres d'histoire, et dites-moi si vous consentiriez à vous ser-

time d'un accident de chemin de fer, qui présentait, à la suite d'un traumatisme de la région hépatique, les phénomènes de l'atrophie musculaire généralisée.

Deux autres observations, comparables aux précédentes, où la maladie de Parkinson a succédé à des manifestations pathologiques du côté du foie, ont suggéré à M. Tessier qu'il pouvait bien y avoir, entre la lésion hépatique et la localisation spinale, une relation directe de cause à effet.

On pourrait invoquer, sans doute, la coïncidence, ou bien incriminer l'arthritisme, agent pathogénique indéniable de bien des affections médullaires. Cependant les données actuelles de la médecine expérimentale permettent d'établir une dépendance entre les lésions du foie et les lésions des centres nerveux. Le foie étant entravé dans ses fonctions, on peut supposer que le défaut d'épuration hépatique ou la résorption de substances toxiques à la surface des conduits biliaires érodés va devenir la cause d'accidents nerveux d'origine toxique.

Cette interprétation est acceptée pour rendre compte des accidents de la fièvre intermittente hépatique ; dans ce cas, ce sont les centres nerveux calorifiques qui sont impressionnés. Dans les faits relatés par M. Tessier, ce sont les cellules *motrices des cornes antérieures ou* les cordons antéro-latéraux qui sont atteints.

Il n'y a pas lieu de supposer, bien que la colique hépatique puisse être considérée comme un traumatisme du foie, qu'on ait affaire ici à des accidents nerveux assimilables aux paralysies hystériques d'origine traumatique.

Œdème des membres inférieurs d'origine névritique.

M. *Duménil* (de Rouen) dit que le rôle des troubles de l'innervation dans la pathogénie des œdèmes n'est plus contesté ; tout le monde admet l'existence des œdèmes purement névropathiques sans obstruction des veines. Il a rencontré récemment, dans un cas d'œdème de cette nature, un tableau clinique qui l'a frappé par des faits particuliers et par les difficultés créées au diagnostic.

Il s'agit d'une jeune femme de trente-cinq ans qui, après des crises de vomissements et de pleuralgie, ressentit dans le membre inférieur gauche une pesanteur rendant presque impossible tout mouvement. Bientôt survinrent des douleurs irradiées dans toute la jambe et la cuisse, enfin du gonflement avec teinte violacée générale de la peau. L'œdème, gagnant de proche en proche, remonta bientôt jusqu'à la région iliaque. Plus tard, le membre inférieur droit fut pris à son tour et de la même manière : douleur, puis œdème, sans qu'on trouvât à droite plus qu'à gauche le moindre cordon induré répondant au trajet connu des veines. L'analyse des urines et l'examen du cœur ne révélaient rien d'anormal. Après un mois, l'œdème rétrocéda progressivement d'abord du côté gauche, ensuite à droite ; puis les mouvements revinrent, mais très limités et sans force : il existait une véritable parésie. A la longue, grâce à l'électrisation, il se fit lentement une amélioration marquée, mais l'œdème n'a pas aujourd'hui tout à fait disparu.

La ressemblance de cet œdème avec la phlegmatia était frappante ; il manquait néanmoins la lésion causale de la phlegmatia, l'oblitération veineuse. Les douleurs siégeaient loin des vaisseaux, et les trajets vasculaires restaient absolument indolores. Tous les symptômes paraissent imputables à l'hystérie et à l'alcoolisme associés. Les réactions électriques ont donné la preuve d'une névrite d'origine alcoolique à laquelle il faut évidemment rapporter l'œdème et la paralysie.

Comment agissent les lésions de la névrite pour produire l'œdème ? Est-ce par simple action vaso-dilatatrice ou bien par détermination de troubles trophiques dans les vaisseaux ? La première opinion est difficile à soutenir en présence d'un œdème aussi intense et aussi persistant ; la seconde, émise par Vulpian, a reçu la sanction de l'expérimentation et de l'observation clinique.

En définitive, l'œdème d'origine névritique peut revêtir les caractères de l'œdème de la phlegmatia. Il s'en distingue par l'absence de cordons veineux dus à la coagulation du sang.

Traitement de l'érysipèle de la face.

M. *Tison* (de Paris) traite tous les érysipèles de la face par l'aconitine cristallisée qu'il donne à l'intérieur à la dose quotidienne de 1 milligramme

---

rer le front de l'un de ces dérivés du cascaméche normand, ou de la calotte de nos tabellions. Prendrez-vous la casquette pointue de Louis XI, le bonnet des mérovingiens, le casque des chevaliers, le chapeau mou de Henri III et de Louis XIII, le tricorne ou le bicorne de nos arrière-grand-pères ou le pain de sucre des persans ? Allons choisissez, essayez, et vêtu de la redingote ou de l'habit classique, mirez-vous dans votre psyché.

Hein ? trouvez-vous assez disparate cet accoutrement singulier ? Non, voyez-vous, mon cher confrère, sans être un fanatique aveugle du suffrage populaire, il faut bien avouer que de temps en temps la *vox populi* prononce quelques verdicts justes, surtout lorsque les électeurs forment comme ici une catégorie sélecte de la société. Au sein du tohu-bohu, du charivari d'opinions qui séparent les hommes en coteries ennemies (et Dieu sait si à l'heure actuelle les braillards s'en donnent à pleine gorge), il est de certaines vérités qui surnagent l'universelle mêlée.

Le chapeau haut de forme est une de ces vérités-là.

Il faut le conserver et même l'aimer à cause des services qu'il nous rend chaque jour et dont l'un des principaux est de permettre à un méchant petit médecin de province, et moyennant un louis, de passer sur le boulevard à côté de l'un des princes de la science parisienne, sans que le badaud qui les croise puisse les distinguer l'un de l'autre.

Le chapeau haut de forme, mon cher confrère, est comme l'habit à queue.... c'est l'uniforme démocratique contre lequel ne prévaudra plus jamais aucune aristocratie.

C'est le luxe mis à la portée du pauvre, c'est la mise décente accessible aux plus humbles, et c'est aussi la parure très élégante de ceux qui savent s'en servir, comme vous, j'en suis bien sûr, malgré tous vos sarcasmes, et aussi comme votre serviteur.

Dr A. Coriveaud.

en quatre fois. En même temps, il badigeonne les surfaces érysipélateuses avec un pinceau trempé dans l'éther camphré.

Idiotie avec myxœdème.

On doit, dit M. *Bourneville*, étudier plusieurs variétés d'idiotie, celle qui s'accompagne de microcéphalie, l'idiotie avec sclérose symptomatique, l'idiotie avec myxœdème, etc. C'est de cette dernière que notre éminent confrère montre quelques spécimens typiques.

Le nombre des idiots myxœdémateux observés n'est pas très considérable. On n'en a signalé que 25 cas : 10 garçons et 15 filles. Sept ont été vus en Angleterre, quatorze en France et de ceux-ci neuf ont été vus et décrits par M. Bourneville et ses élèves. Il est convaincu cependant qu'on en trouverait beaucoup plus si l'on voulait se donner la peine de les chercher.

Huit fois on a fait l'examen post-mortem et M. Bourneville a pu pratiquer quatre autopsies. En laissant de côté les lésions multiples et complexes qui ont été enregistrées, la lésion constante et peut-être génératrice de l'état myxœdémateux et de l'arrêt du développement cérébral, parait être l'absence du corps thyroïde notée chez tous ces idiots. Fait à rapprocher de la cachexie crétinoïde signalée par Reverdin et Kocher après l'extirpation totale de la glande thyroïde.

M. Bourneville a exhibé des reproductions photographiques, des moulages et deux malades qu'il a fait venir ; tous se ressemblent : épaississement du cuir chevelu, rareté des cheveux, persistance de la grande fontanelle bregmatique, etc.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

De la basiotripsie.

I.

Le 17 janvier 1884, il y avait une nombreuse assistance à la Maternité de Lariboisière : M. Pinard faisait, pour la première fois et avec un plein succès, sur la femme vivante, l'application du *basiotribe*, un nouvel instrument que son maître, le Pr Tarnier, avait présenté à l'Académie de médecine, un mois auparavant (1).

Je fus surpris, ce matin-là, de voir avec quelle attention les accoucheurs, qui assistaient à l'opération en suivaient les moindres détails ; je comprenais bien l'émotion toute naturelle du Pr Tarnier, l'inventeur de l'instrument ; mais ce n'est qu'un peu plus tard (j'étais alors au début de mes études obstétricales), que je m'expliquai pourquoi les autres accoucheurs présents attachaient une aussi grande importance à la réussite du basiotribe. C'est qu'ayant été aux prises avec les difficultés de la pratique, ils savaient combien il est parfois difficile de réduire le volume de la tête fœtale et de la faire passer à travers un bassin rétréci ; ils espéraient que le nouvel instrument rendrait l'opération plus facile et plus sûre dans ses résultats qu'elle ne l'était avec le céphalotribe ou les autres instruments broyeurs.

Leurs espérances se sont complètement réalisées, et tout médecin qui, comme nous, a vu employer le basiotribe et s'en est servi lui-même un certain nombre de fois, peut affirmer que cet instrument marque un véritable progrès dans l'obstétrique opératoire.

(1) Voir *Concours médical*, 1884.

Aussi tend-on aujourd'hui en France à substituer au terme général de *céphalotripsie* celui plus précis de *basiotripsie* ; ce changement indique : 1° qu'on abandonne le céphalotribe pour ne plus se servir que du basiotribe ; 2° que ce qu'il importe surtout de *broyer*, pour diminuer le volume de la tête, c'est la *base* du crâne.

Avant d'étudier le manuel opératoire de la basiotripsie et les résultats qu'elle fournit, nous allons indiquer, en même temps que la description de l'instrument, les principaux travaux qui ont été publiés sur ce sujet. Nous aurons ainsi essayé de répondre de notre mieux au désir exprimé par plusieurs de nos confrères, qui, à diverses reprises, nous ont demandé des renseignements sur le *basiotribe Tarnier*, et *la manière de s'en servir*.

II.

C'est le 11 décembre 1883, que M. Tarnier présenta le basiotribe à l'Académie de médecine ; cet instrument, fabriqué par M. Collin, se compose de trois branches d'inégale longueur, étagées et d'une vis d'écrasement. La branche médiane, la plus courte, porte un perforateur que l'on fait pénétrer dans le crâne par un mouvement de rotation. Ce perforateur fait au crâne une ouverture arrondie ; dès que l'extrémité olivaire de ce perforateur a pénétré dans la cavité crânienne, on arrête le mouvement de rotation et l'on pousse doucement cette branche jusqu'à ce que sa pointe soit arrêtée par la résistance de la base du crâne. La branche gauche, analogue à la branche gauche d'un forceps, est ensuite appliquée comme s'il s'agissait du forceps et articulée avec la branche médiane. Branche médiane et branche gauche sont alors rapprochées par la vis d'écrasement, puis maintenues par un petit crochet. La branche droite, la plus longue de toutes, est ensuite appliquée et articulée comme la branche droite d'un forceps : la vis d'écrasement, mise de nouveau en place et en action, rapproche cette branche des deux premières.

Après la communication du Pr Tarnier, vint un mémoire de Truzzi (1), qui étudia le mode d'action du basiotribe en pratiquant une série de neuf expériences ; il en conclut que cet instrument broie bien et que c'est un bon agent de traction, « que la prise ne peut être ni plus solide ni plus sûre ». Toutefois, il fait quelques reproches de détail à l'instrument et propose quelques modifications.

La même année 1884, M. Bar (2) présenta le basiotribe au Congrès international des sciences médicales de Copenhague et en montra le maniement facile : cette présentation fut le point de départ d'une discussion à laquelle prirent part Simpson (d'Edimbourg) et Müller (de Berne).

En 1885, M. Pinard (3) publie un travail très important basé sur une série de 17 expériences pratiquées par lui à la Maternité et sur sept observations cliniques ; il y décrit les résultats obtenus, le manuel opératoire et le mode d'action de l'instrument.

(1) Sul Basiotribo Tarnier ; studi ed esperienze (Milano, 1884).

(2) Comptes rendus du Congrès international des sciences médicales, t. 2, page 76, section d'obstétrique, *Progrès médical*, déc. 1884).

(3) *Annales de gynécologie*, janvier 1885.

Citons encore : la thése de Bonnaire (Paris, 1885) relatant les recherches anatomiques et anatomo-pathologiques sur le broiement de la tête fœtale avec quelques considérations particulières sur le mode d'action du basiotribe Tarnier » ; un mémoire de Pugliati (1885) sur le même sujet ; un travail de M. Ribemont sur une manœuvre destinée à favoriser l'extraction du tronc du fœtus dans la basiotripsie (*Annales de gynécologie*, août 1886) ; puis une leçon du Pr Pinard sur la basiotripsie (*Union médicale*, 1887).

Nous devons une mention toute particulière à un travail de longue haleine de M. P. Bar (1) dans lequel, en s'appuyant à la fois sur la clinique et sur l'expérimentation, il montre en quoi le basiotribe Tarnier est supérieur aux instruments qui l'ont précédé.

III.

Nous n'insisterons pas sur les précautions à prendre avant la basiotripsie : désinfection des parties génitales de la mère, asepsie des mains et des avant-bras de l'opérateur, asepsie des diverses pièces de l'instrument qu'on flambe à l'alcool et qu'on plonge ensuite dans une solution phéniquée tiède.

On peut, avec le professeur Pinard, diviser l'opération en six temps :

Premier temps.—Perforation. La tête est immobilisée par les mains d'un aide qui se met à genoux sur le lit. L'opérateur introduit la main gauche dans les parties génitales, et avec deux doigts, circonscrit le point où il va faire porter la perforation. De la main droite il saisit le perforateur qui, guidé par les doigts, vient au contact de la voûte crânienne ; des mouvements de vrille font pénétrer l'extrémité du perforateur dans la cavité crânienne ; lorsque la perforation est achevée, on pousse doucement en haut cette branche médiane jusqu'à ce qu'une résistance indique que la pointe est en rapport avec la base. La pointe ne pénètre pas dans les os ; elle reste en contact avec eux. Lorsqu'on s'est assuré qu'il y a bien contact, on confie le perforateur à un aide en lui recommandant bien de garder ce contact. De cette façon, on est sûr que les branches gauche et droite qui dépassent le perforateur d'une longueur déterminée seront sûrement appliquées sur la base elle-même.

Où doit porter la perforation ? D'une manière générale elle doit être faite sur la partie de la tête qui correspond à la ligne médiane du bassin vers un point plus rapproché de la symphyse que de l'angle sacro-vertébral. C'est là où l'instrument a le moins de chance de glisser et de léser les parties maternelles.

Deuxième temps. — Introduction et placement de la branche gauche. Même méthode que pour l'introduction et le placement d'une branche de forceps.

La main droite est introduite profondément de manière à dépasser l'orifice utérin ; la branche gauche, tenue de la main gauche, est glissée à plat sur la face palmaire de la main droite. Suivant les cas, cette branche est directement appliquée à l'extrémité gauche du diamètre transverse ou bien au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche.

(1) Recherches expérimentales et cliniques pour servir à l'histoire de l'embryotomie céphalique. Paris, Asselin et Houzeau, 1889.

Troisième temps. — Articulation de la branche avec le perforateur. Elle est généralement facile : il suffit que les deux manches soient dans le même plan. Si elles n'y sont pas, il est facile de tourner le perforateur, mais la branche gauche, une fois placée, ne doit pas bouger. Il est capital, avant d'articuler, de s'assurer que la pointe du perforateur est toujours en contact avec la base : pour cela, on retire légèrement le perforateur et l'on vient à nouveau buter contre la base. Le pivot du perforateur est engagé dans la mortaise de la branche gauche.

Quatrième temps.—Petit broiement. On rapproche les deux manches à l'aide de la vis et on les fixe à l'aide du petit crochet. Le plus habituellement, lorsque la tête n'est pas très ossifiée, il est facile d'opérer ce petit broiement à l'aide d'une main, d'autant plus que souvent il n'y a qu'une faible partie de la base comprise entre ces deux branches qu'il s'agit de rapprocher.

Cinquième temps. — Introduction et placement de la seconde branche. La main gauche, introduite dans les parties génitales, guide la branche tenue de la main droite : cette branche vient se placer en un point symétriquement opposé à celui qu'occupe la branche gauche.

Lorsqu'on éprouve une certaine difficulté à faire glisser cette branche entre la tête et le bassin, « il suffit de faire soulever légèrement la tête à l'aide du perforateur et de la branche gauche, qui ne font plus qu'un avec la tête (Pinard) ». M. Bar insiste beaucoup sur l'utilité de cette manœuvre ; il conseille même, non seulement de lever la tête, mais de la faire tourner. Par exemple la branche gauche a été appliquée à l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit ; on ne peut ramener en avant la branche droite pour la mettre à l'extrémité antérieure du même diamètre. Que faut-il faire ? Il suffit d'orienter la tête de telle sorte que la branche gauche se trouve à l'extrémité gauche du diamètre tranverse, la branche droite vient alors facilement se placer à l'extrémité droite du même diamètre.

Sixième temps. — Articulation et grand broiement. Cette manœuvre est aussi parfois utile pour articuler : là encore il peut être nécessaire de « mobiliser la tête et de la faire tourner à l'aide de la branche gauche .»

Lorsque l'articulation est effectuée, on fait manœuvrer la vis, mais avec une extrême lenteur jusqu'à ce que les branches soient rapprochées au maximum.

Tantôt les deux cuillers restent pendant le broiement dans le même diamétre qu'elles occupaient, tantôt, à mesure que le broiement s'opère, le mouvement de rotation s'accomplit spontanément. Dans le premier cas, avant d'exercer des tractions, il faut mettre les grands diamètres de la tête en rapport avec le diamètre transverse du détroit supérieur : suivant la tendance qu'aura l'instrument, on exécutera ce mouvement de gauche à droite ou de droite à gauche.

Souvent, surtout s'il s'agit d'un bassin *annelé*, lorsque la rotation s'est ainsi effectuée, la tête tombe pour ainsi dire dans l'excavation, entraînée par le seul poids de l'instrument, sans que l'opérateur ait besoin d'exercer de traction sérieuse. Si l'on éprouve quelque difficulté pour l'extraction du tronc, il ne faut pas tirer trop sur la tête ; mais employer la manœuvre de Ribemont, c'est-à-dire aller à la recherche de l'épaule la plus ac-

cessible et dégager un bras, puis l'autre. Les deux bras dégagés, l'extraction devient extrêmement facile.

Si, à la suite d'un premier broiement, la tête ne descend pas, il faut se garder d'exercer des tractions énergiques, mais bien pratiquer un second broiement.

« Pour cela, on désarticule les deux branches, que l'on retire successivement, *mais on laisse en place le perforateur* : puis on introduit la branche gauche directement à gauche, la branche droite directement à droite et on opère un nouveau broiement. De cette façon, la tête sera broyée suivant deux diamètres perpendiculaires (Pinard), — cette méthode est excellente : nous l'avons employée avec beaucoup d'avantage il y a quelques mois dans un cas où, le fœtus étant trop volumineux, un premier broiement n'avait pas permis l'engagement de la tête ; après le second broiement, la tête descendit avec une extrême facilité; elle était réduite au minimum ; nous n'eûmes plus de difficulté sérieuse que pour le dégagement des épaules.

IV

L'opération de la basiotripsie telle que nous venons de la décrire est à dessein un peu schématique, pour être claire : dans la pratique il ne faut pas seulement s'occuper de la manière d'appliquer les branches par rapport aux diamètres du bassin ; il faut encore et surtout savoir comment les branches de l'instrument sont appliquées par rapport à la tête fœtale : c'est à résoudre les difficultés de chaque cas particulier que se revèle l'habileté du praticien. Comme l'a fort bien dit M. Bar, « pour atteindre la tête, dont on veut diminuer le volume, il ne suffit pas, en effet, de tenir compte du degré de viciation du bassin, de sa conformation ; il faut encore se préoccuper de la présentation de la tête fœtale, de son inclinaison, de sa flexion plus ou moins prononcée, de son degré de fixité ou de mobilité, de son engagement plus ou moins marqué ; circonstances qui se groupent de façons si diverses, que l'accoucheur doit faire appel à toute son habileté, s'il veut mener à bien son intervention ». — Examinons les différentes situations que peut occuper la tête fœtale, lorsqu'on vient à la broyer ; on peut en effet faire la basiotripsie dans les présentations du sommet, de la face, ou sur la tête dernière ; M. Bar a étudié expérimentalement avec beaucoup de soin ces différents cas.

Quand la tête fœtale se présente fléchie au détroit supérieur, on peut la saisir du front à l'occiput : c'est une méthode assez fréquemment suivie. L'aplatissement de la tête peut être alors très complet ; mais pour cela il faut que les cuillers soient bien appliquées suivant le plan sagittal du fœtus. S'il n'en est pas ainsi, les cuillers glissent sur les parties latérales de la tête ; un fragment petit de la base se trouve souvent seul saisi et broyé. Quand la perforation n'a pas été pratiquée sur le trajet ou dans le voisinage de la suture sagittale, il est fréquent de voir les cuillers appliquées irrégulièrement. C'est ce qu'on observe lorsque le rétrécissement pelvien est assez marqué. Ainsi on ne doit saisir la tête fœtale suivant le diamètre O. Fr., que quand le bassin n'est pas très rétréci, quand on a pu faire la perforation près de la suture sagittale et quand on est sûr de pouvoir bien appliquer les cuillers aux extrémités du plan sagittal du crâne fœtal. Lorsque ces conditions favorables ne sont pas réalisables, on doit chercher à saisir la base suivant un de ses diamètres obliques : on obtient ainsi un aplatissement fort régulier.

D'après M. Bar, lorsque le fœtus se présente par *la face*, l'application du basiotride est souvent plus compliquée que celle du cranioclaste. L'application des cuillers aux extrémités du diamètre occipito-mentonnier peut conduire à de bons résultats ; mais, malgré la fixité que le perforateur donne aux cuillers, celles-ci glissent facilement sur la paroi fœtale.

La saisie de la face suivant un diamètre transversal est très avantageuse ; mais la difficulté consiste à bien appliquer en même temps les cuillers sur la base.

Lorsqu'on fait une basiotripsie sur la tête dernière, on obtient un bon broiement lorsqu'on applique les branches de l'instrument suivant un diamètre oblique ou transversal de la base ; on peut à la rigueur avoir un broiement régulier suivant le diamètre occipito-frontal, mais à la condition que le perforateur ait transforé la base dans le plan sagittal et que la tête ne soit pas défléchie.

Ces données permettent de comprendre que, lorsqu'on a décidé la basiotripsie, il est important de se rendre compte par le toucher manuel de la situation de la tête, de son degré de flexion ou de déflexion, etc. Avec du sang-froid et après un examen approfondi, on arrive à saisir et à broyer la tête retenue dans un bassin rétréci, à peu près comme si on avait cette tête fœtale directement sous la main.

V

Les résultats fournis par cette opération de la basiotripsie sont excellents : on peut, grâce à elle, faire passer des fœtus assez volumineux dans des bassins fortement rétrécis. M. Pinard a montré, chiffres en mains, qu'elle donne une sécurité complète au point de vue de la mère : la mortalité opératoire peut être considérée comme nulle, si l'on défalque de la statistique les cas où la femme a succombé à des lésions antérieures à l'opération, telles qu'une rupture utérine, etc. C'est une opération facile, présentant souvent même moins de difficultés qu'une application de forceps.

Le défaut d'espace ne nous permet pas de montrer en quoi le basiotribe est supérieur aux autres instruments broyeurs, tels que le céphalotribe, le cranioclaste ; il nous suffira de dire qu'il l'emporte sur le premier en ce qu'il saisit bien la tête fœtale et qu'il est bon tracteur ; il l'emporte sur le second en ce qu'il est meilleur broyeur que lui. — Nous ne pouvons entrer aujourd'hui dans la discussion de certaines critiques qui lui ont été adressées, et dont quelques-unes sont fondées ; qu'il nous suffise de signaler les modifications apportées par M. Bar à l'instrument et dont la plus importante permet de commencer à volonté le petit broiement par la branche gauche ou par la branche droite, — ce qui dans certains cas a une très grande utilité.

Avec ou sans ces modifications légères, le basiotribe Tarnier est un instrument précieux, et qui, pour être d'un usage beaucoup moins fréquent que le forceps, n'en est pas moins indispensable à tout praticien qui s'occupe d'obstétrique.

Dr G. Lepage.

CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE

Voici, parmi les communications faites à ce Congrès, celles qui nous paraissent intéresser le plus les praticiens non spécialistes.

L'aliénation mentale à Paris. La progression corrélative de la folie alcoolique et de la paralysie générale.

Il est incontestable, dit M. *P. Garnier*, que la folie augmente de fréquence, mais où, pourquoi, comment ? Il existe des folies urbaines dues à des causes spéciales aux villes ; tandis que les dégénérescences physiques, intellectuelles et morales tendraient à décroître dans les milieux ruraux par suite de l'hygiène et de l'instruction, la folie augmente dans les villes. L'alcool et le surmenage intellectuel et physique causé par les difficultés de la lutte pour l'existence semblent être les principaux facteurs de cette augmentation.

Dans les trois dernières années, on a, à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, examiné 8839 personnes, 8139 ont été reconnues aliénées. L'aliénation mentale a surtout affecté le sexe masculin dans la proportion de 59 % ; les femmes ont été atteintes dans la proportion de 40 %, ce qui signifie 3 hommes aliénés pour 2 femmes. L'aliénation mentale s'est donc montrée plus active que dans les dix-sept dernières années. Et sa progression s'est accusée tous les ans du mois de janvier au mois de juin ; c'est au second trimestre de chaque année que l'acmé numérique s'est révélée. Tous les types morbides prennent part à cette ascension, surtout de mai à juin ; la cause réside non dans les chaleurs, mais dans les modifications cosmiques et météorologiques du printemps (avril à mai). Il en est de même pour les suicides et les attentats contre les personnes. Telle est la *poussée vernale*. En ce qui concerne les espèces morbides, *l'alcoolisme* occupe le premier rang avec 2982 malades parmi lesquels 1813 hommes; la paralysie générale vient au troisième rang (999 aliénés) ; le second rang appartient aux états dégénératifs. La mélancolie est surtout fréquente chez la femme ; le délire chronique se répartit entre 276 femmes et 105 hommes. La folie alcoolique témoigne d'une envahissante rapidité, en 1886 on comptait 644 malades ; en 1888 il y en a eu 839, soit 25 % de plus ; elle a doublé en 15 ans, et l'on constate que *la femme tend à diminuer la distance qui jadis la séparait de l'homme* à ce point de vue. L'augmentation périodique et vernale tient à ce mouvement intime que les conditions météorologiques éveillent chez tous les êtres à cette période de l'année, mouvement qui sollicite chez les prédisposés leurs tendances anormales, en même temps que l'organisme élimine moins. C'est pourquoi l'alcoolisme se dramatise aussi de plus en plus. Une progression aussi rapide se décèle dans la *paralysie générale*. Les 999 paralytiques généraux constituent 12 % des malades examinés; ils se composent de 711 H., soit 14 %, 288 F., soit 8 % de la généralité. En 15 années le nombre en a doublé, le sexe féminin marchant à pas plus pressés que le sexe masculin et courant pour ainsi dire après l'homme. On a constaté dans le même laps de temps deux fois et demie plus de paralytiques générales (femmes), tandis que la progression chez l'homme était moins du double. La même recrudescence hante le printemps (mois de mai) pour les raisons déjà expliquées chez les individus prédisposés par les hyperémies cérébrales préalables. Cette *progression corrélative* de l'alcoolisme et de la paralysie générale constitue une sorte de solidarisation qui s'étend jusqu'aux détails. Cependant il s'agit surtout de la classe ouvrière ; on n'observe pas les mêmes particularités dans les classes élevées, la sélection masculine conservant, dans ce dernier cas, tous ses avantages (Charenton). Par suite, il est permis de dire que la paralysie générale, folie urbaine par excellence, émane surtout de l'alcoolisme et d'une usure cérébrale intensive due au surménage. La folie alcoolique, qui forme près du tiers de l'aliénation mentale (30 %) à Paris, agit sur le développement de la paralysie générale, puisque la fréquence de celle-ci paraît subordonnée à celle de l'alcoolisme. On pourrait comparer l'alcool à l'opium des asiatiques. Il en découle un enseignement : la nécessité de diminuer au plus tôt le nombre des débits, l'alcoolisme à domicile étant relativement assez rare.

Influence de l'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans l'étiologie des formes dépressives et mélancoliques.

A côté des causes générales du délire, il est très important de connaître ses causes prochaines. Chez un certain nombre de lypémaniaques, M. *Bettencourt-Rodriguez* a observé des troubles gastro-intestinaux. Or, ces troubles s'accompagnent, d'après certaines théories, d'une production d'éléments toxiques, l'auteur tire de là cette conclusion (à vrai dire hypothétique) d'après laquelle l'auto-intoxication, qui a pu se produire par le séjour des poisons fabriqués dans l'organisme, était la cause prochaine de la lypémanie. Cette hypothèse lui paraît d'autant plus vraisemblable que, dans plusieurs cas, il croit avoir obtenu la guérison de cette forme mentale par l'application de l'antisepsie du tube digestif.

Des folies pénitentiaires.

M. *Sémal* (de Mons), afin d'étudier l'influence de la détention cellulaire sur la genèse et l'évolution des maladies mentales qui atteignent les prisonniers, a fait dans son pays, où ce système est régulièrement appliqué depuis plus de vingt ans, une enquête minutieuse. Il a relevé des cas de folie de ce genre de 1865 à 1884. Il a noté avec soin le temps passé par les malades en cellule, le temps passé en commun, et le libellé des certificats d'aliénation mentale ; il a rapproché de ces notes individuelles les détails des crimes correspondants, et soumis à un examen comparatif les registres des asiles et ceux des prisons.

Sur 900,000 détenus, il s'est produit 517 cas de folie, soit 57 pour 100,000 individus. Dans la vie ordinaire, on relève 147 aliénés pour 100,000 habitants. Les 517 aliénés prisonniers se décomposent en 222 prévenus et 295 condamnés. Sur ces 295 condamnés, 161 seulement ont subi l'intégrité de leur peine en cellule. Sur ces 161 sujets, il n'y a eu que 16 cas d'aliénation mentale véritablement imputable à l'isolement, et encore faut-il faire entrer en ligne de compte la dépression causée par la condamnation, le changement de régime et le système alimentaire.

La cellule belge et le système d'isolement cellulaire sont, en Belgique, hygiéniques à tous

égards ; des comités de patronage s'occupent des libérés afin de les placer ; la privation d'exercice pèse non seulement sur les détenus cellulaires, mais aussi sur les prisonniers soumis au régime commun, au même titre d'ailleurs que sur beaucoup d'ouvriers employés dans les ateliers. Le désœuvrement pèse sur les condamnés de tout genre, de même que l'insuffisance alimentaire.

Les vrais facteurs de la folie des prisonniers sont les prédispositions, héréditaires ou non, congénitales ou acquises (43 0/0 des cas). Des nombreux tableaux statistiques dressés par éléments divers, il résulte que chez 53 0/0 d'entre les détenus, ni la détention, ni la forme de la détention n'ont été la cause de la folie. Les facteurs empruntés à la société ont été également perturbateurs de concert avec la dépression causée par la condamnation et le régime alimentaire. Trente-deux détenus aliénés semblent réellement avoir subi l'effet psychopathogène de la solitude cellulaire et encore, en éliminant l'insuffisance alimentaire, l'onanisme, les causes morales, le défaut d'exercice, en reste-t-il trois véritablement grevés par l'isolement. Le régime cellulaire n'est, par conséquent, pas nocif lui-même dans l'immense majorité des cas. Les dégénérescences et les insuffisances psychiques exercent une terrible influence à la fois sur l'aliénation mentale et la criminalité. La réclusion cellulaire agit comme facteur occasionnel qui détermine l'explosion de germes latents préalablement déposés sur le terrain mental du détenu ; mais plus cette réclusion est prolongée, moins elle agit au point de vue de l'aliénation mentale ; elle est surtout fatale dans le cours des premiers mois, à cause justement de la dépression produite par la condamnation et du changement de milieu. L'isolement cellulaire n'est au reste pas plus psychopathogène que le régime de détention en commun. La folie cellulaire est surtout dépressive ; elle se traduit par des hallucinations de l'ouïe qui engendrent du délire des persécutions ou un délire systématique ; le silence et le mutisme, en développant exagérément l'acuité auditive, finissent par entraîner les accidents considérés.

Fugues inconscientes chez les hystériques.

M. Jules *Voisin*, analyse cinq observations recueillies par lui. Elles concernent deux femmes et trois hommes présentant les stigmates de l'hystérie, atteints de temps à autre de crises de sommeil. Ils étaient en outre emportés, à diverses reprises, par un automatisme ambulatoire spontané à forme somnambulique, affectant la modalité de fugues inconscientes spontanées. Dans tous ces cas, les images visuelles et motrices dominent la scène ; elles ne s'accompagnent pas d'images antagonistes. La fugue débute par des suffocations et des vertiges. La fin de la fugue se traduit par des crises léthargiques lucides, un sommeil naturel, une inspiration bruyante. Tous ces symptômes sont ceux de la grande hystérie ; isolés ou groupés, ils ont une durée variable. Le diagnostic différentiel se fait surtout par la possibilité d'hypnotiser ces malades, ce à quoi, comme on sait, l'épileptique est réfractaire. L'automatisme avec fugue paraît précédé d'étouffements auxquels l'hystérique veut échapper ; le visage est, pendant cet état, rose, et non pâle comme chez l'épileptique ; on ne constate ni stertor, ni perte des matières. La fugue témoigne d'une coordination régulière comme s'il s'agissait d'une ambulation normale ; le début en est subit, et la fin ne s'accompagne d'aucune anomalie, jamais de violences, jamais d'impulsions ; ni hébétude, ni déchéance intellectuelle. Les fugues par intoxication ou par paralysie se diagnostiquent à l'aide des commémoratifs et des signes physiques. Le traitement repose, non sur le bromure de potassium, mais sur les toniques, les douches, la suggestion hypnotique.

Inversion sexuelle chez un dégénéré traitée avantageusement par la suggestion hypnotique.

M. *Ladame*, de Genève, rapporte le cas d'un homme de 33 ans appartenant au groupe de l'inversion sexuelle congénitale. Signes physiques de la dégénérescence. Crâne petit et déformé. Obsessions motrices de diverses natures. Le malade se croit parfois un train de chemin de fer et marche le long des trottoirs d'un pas accéléré, s'arrêtant de temps en temps à des stations imaginaires. Obsession sexuelle. Onanisme. Pédérastie. Absence complète de sensations voluptueuses auprès des femmes. — Le malade ne peut entrer en érection qu'en évoquant l'image d'un costume gris porté par un jeune garçon avec lequel il eut des relations pédérastiques. Le traitement par la suggestion hypnotique eut à lutter au début contre les mauvaises dispositions du malade qui ne voulait pas se laisser endormir et se défendait contre les suggestions. — Il a d'abord été débarrassé des obsessions. — Très agité pendant les premières séances, le malade devient bientôt toutefois facilement hypnotisable ; dès que le sommeil fut assez profond, les suggestions thérapeutiques commencèrent à produire leurs effets. Indifférence complète pour l'habit gris. Indifférence sexuelle vis à vis des garçons. L'amélioration fut bientôt notable et le malade déclare que jamais ses idées ne l'avaient moins tourmenté. Il a repris goût à ses occupations et se trouve délivré de ses obsessions génitales. — Il se masturbe beaucoup moins souvent. Les idées sont toujours là, elles ne l'ont pas quitté, mais elles le laissent en paix.

Conclusion : l'hypnotisme doit être introduit en psychiatrie comme agent thérapeutique efficace dans certains cas. La suggestion ne change pas, il est vrai, le fond de la maladie, la nature de la psychose. Elle s'adresse au symptôme. Mais au point de vue des résultats pratiques, le traitement symptomatique est souvent très important. La suggestion hypnotique restera donc comme une précieuse ressource dans la thérapeutique de certaines formes d'aliénation mentale.

L'hyosciamine et l'hyoscine comme hypnotiques.

D'après ses observations, M. *Lemoine* trouve que l'hyosciamine est un excellent hypnotique, qui donne toujours des résultats comparables à lui-même, et très favorables dans le cas de manie aiguë simple ou symptomatique de la paralysie générale. Il agit à la dose d'un 1/2 milligramme à 1 milligramme et détermine chez les maniaques, 9 fois sur 10, un sommeil qui dure en moyenne 6 heures. Son action se déclare d'abord par un état d'agitation auquel succède, peu de temps après, un sommeil parfaitement calme. A la dose indiquée, il n'a jamais déterminé le moindre accident.

Il n'en est pas de même avec l'hyoscine,

qui non seulement est un médicament très infidèle, mais parfois très dangereux, car dans certains cas il a donné lieu à des accidents syncopaux.— Il existe encore une autre différence entre ces deux médicaments : tandis que les malades s'habituent facilement à l'hyoscine et demandent, pour être calmés, des doses de plus en plus fortes, ils ne s'habituent jamais à l'hyoscyamine, qui agit toujours à la même dose avec une égale efficacité.

M. *Séglas* a observé avec le chlorhydrate de l'hyoscine les mêmes phénomènes : il le donnait en injections sous-cutanées d'un 1/4 milligramme à 1 milligramme, et, peu de temps après, se déclarait une période d'excitation avec embarras de la parole et quelquefois chute, et au bout d'un certain temps survenait un calme « comme chez un ivrogne qui a trop bu ». Une fois, à la dose d'un 1/2 milligramme, il a observé du collapsus ; aussi conseille-t-il la plus grande prudence dans l'usage de ce médicament.

M. *Rouillard* se servait d'iodhydrate et du bromhydrate de l'hyoscine. Ses observations portent sur huit malades maniaques, hommes et femmes. Il donnait d'un 1/4 milligramme jusqu'à 2 milligrammes en injections sous-cutanées, et ce n'est que très rarement (1 sur 10) qu'il obtenait une action sédative. Ce médicament a donné lieu à des accidents tétaniformes assez inquiétants ; aussi M. Rouillard le considère-t-il comme dangereux. Le chlorhydrate de l'hyoscine n'a pas été employé par cet expérimentateur.

L'amnésie consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone.

M. *Briand* a rapporté des observations dans lesquelles on voit les troubles de la mémoire survenir immédiatement après les tentatives d'asphyxie par la vapeur de charbon. Il compare l'amnésie oxy-carbonique avec l'amnésie des alcoolisés, et il constate une analogie complète entre ces deux genres d'intoxication ; car, dit-il, si chez certains individus le premier symptôme de l'intoxication oxy-carbonée, est une amnésie plus ou moins étendue, chez certains autres, le poison négligeant les centres supérieurs agit, au contraire, tout d'abord sur la moelle ; dans l'alcoolisme, les choses ne se passent pas autrement.

De la paralysie générale.

M. le Dr *Brunet* désigne la paralysie générale au point de vue anatomique par le nom de *péricérébrite*.

Il rappelle que l'on a voulu, dans ces derniers temps, enlever à la paralysie générale son entité clinique en lui comparant les cas de pseudo-paralysie générale ; anatomiquement on a également nié un caractère spécifique aux adhérences du cerveau, lésions mortelles pour les uns, banales pour les autres. Le Dr Brunet, avec des observations à l'appui, s'élève contre cette confusion. Il fait remarquer que les lésions de la paralysie générale ont une certaine constance.

Les circonvolutions frontales, pariétales et sphénoïdales sont presque toujours atteintes, les circonvolutions occipitales sont le plus souvent intactes. L'isthme de l'encéphale et la moelle peuvent présenter des lésions scléreuses, mais d'une façon plus inconstante. En un mot, le siège des lésions se trouve surtout sur le territoire irrigué par la carotide interne. La consistance du cerveau augmente d'avant en arrière. Au début il y a de l'hyperémie, puis de la turgescence du cerveau. Les adhérences des membranes augmentent ; sous ces adhérences il se forme à la fin de la maladie une atrophie cérébrale. Ces lésions constantes, ainsi que l'évolution clinique que présentent certains malades, plaident en faveur de la spécificité de la paralysie générale.

M. Brunet croit qu'au début, à la période de simple hyperémie, la paralysie générale peut être curable. Il ordonne à ses malades alors jusqu'à 1 gr. de tartre stibié et jusqu'à 40 gr. de bromure de potassium

M. *Ball* appuie l'opinion de M. Brunet sur la spécificité de la paralysie générale. Les adhérences sont la lésion type de la maladie, comme l'ulcération des plaques de Peyer est la marque anatomique de la fièvre typhoïde. L'absence constatée de ces lésions dans de rares autopsies ne leur enlève rien de leur valeur. M. Ball trouve que les doses de bromure administrées par le Dr Brunet sont excessives. On sait, en effet, que le sang des malades qui prennent du bromure est fluide, et il pense que c'est un danger de donner ainsi le bromure chez les sujets dont les artères sont friables et gorgées de sang. Pour lui, il ne se résoudra pas à suivre cette pratique.

L'érythropsie (vue rouge) *dans la paralysie générale.*

L'érythropsie, dans un cas observé par M. Ladame, se montra au début d'une paralysie générale dont le diagnostic ne pouvait pas faire de doute. Le phénomène ne dura que deux mois ; le malade voyait des taches rouges en relief sur tous les objets qui l'entouraient, même quand ces objets étaient noirs. L'examen ophthalmoscopique ne révéla aucune lésion ; pour M. Ladame, ce phénomène serait dû à une excitation des centres corticaux.

L'arthritisme comme cause de la paralysie générale.

Sur trente cas examinés à ce point de vue, M. *Lemoine* a trouvé onze cas dans lesquels la paralysie générale ne reconnaissait point d'autre cause prédisposante, elle prépare le terrain sur lequel évoluera ultérieurement la maladie. On sait, depuis les travaux de M. Charcot et de l'école de la Salpêtrière, que l'on rencontre fréquemment l'arthritisme dans les antécédents personnels ou héréditaires des sujets atteints de maladies nerveuses. Les arthritiques sont donc prédisposés aux maladies nerveuses, et par suite à la paralysie générale.

L'arthritisme peut être aussi une cause occasionnelle ; chez les arthritiques, il se présente souvent des bouffées congestives du côté du cerveau après le repas ; ces poussées prédisposent à la congestion encéphalique. De plus, l'arthritisme produit souvent de l'artério-sclérose. Souvent donc en pourra trouver réunis ces trois termes : arthritisme, artério-sclérose et paralysie générale.

La paralysie générale arthritique est lente au début, se manifestant par des poussées congestives ; elle prend souvent, après cette première phase, une allure rapide ; les attaques apoplectiformes sont fréquentes, l'incoordination est marquée, les contractures sont assez fréquentes.

M. *Charpentier* fait observer que déjà depuis longtemps l'arthritisme est signalé comme facteur étiologique ; lui-même a insisté sur ce point

dans une communication antérieure. De plus, il fait remarquer que, chez les paralytiques généraux, on note souvent des troubles trophiques au coude et au genou qu'il faut éviter de prendre comme des manifestations de l'arthritisme. Dans les cas de paralysie générale arthritique il n'a pas noté la précocité de la maladie, mais il a vu assez souvent dans ces cas un œdème blanc de toute la région du cou et de l'herpés génital. A ce propos M. Charpentier fait observer que l'on range sous le nom de paralysie générale syphilitique des cas où on a pu noter, dans les antécédents, cet herpès pris pour un chancre.

M. *Pierret* (de Lyon) ajoute que M. Lemoine n'a parlé que de l'un des épisodes de l'arthritisme. Ce dernier comporte toute une série de manifestations nerveuses des plus intéressantes. Tous ces états de nervosisme, quels qu'ils soient, se trouvent à peu près constamment liés à l'arthritisme et, comme ils sont héréditaires, on voit les enfants des arthritiques présenter indistinctement de la goutte, des troubles cutanés, rénaux, hépatiques, névropathiques. On en connaît notamment deux formes qui s'accompagnent d'éléments nerveux.

Le rhumatisme par exemple peut se traduire par ce qu'on appelle le rhumatisme cérébral ; celui-ci se présente comme délire aigu, comme accès maniaque grave, ou à l'état de délire subaigu ; il en existe encore des formes frustes qui revêtent l'aspect de céphalées avec obnubilation psychique.

La goutte, elle aussi, agit sur le cerveau ; elle produit ces migraines, ces céphalées, ces démences transitoires, ces insomnies, ces troubles de la mémoire qui se jugent, de même que les troubles gastriques, par l'élimination de l'excès d'acide urique.

Le substratum chimique matériel joue dans ces faits le principal rôle. Il y faut ajouter l'action des ptomaïnes intestinales qui, ne se trouvant plus éliminées quand l'arthritique est sous l'influence de perturbations du côté du tube digestif, augmentent l'effet désastreux des principes extractifs ou des substances d'oxydation incomplète.

Syphilis et paralysie générale.

La communication suivante de M. *Morel-Lavallée* a été faite dans un autre Congrès, mais trouve bien ici sa place pour compléter l'étude de la question sans parler de l'existence définitivement établie des pseudo-paralysies générales syphilitiques ; on peut dire que la vérole figure dans les antécédents de la paralysie générale vraie avec une fréquence assez considérable et assez significative pour qu'on soit autorisé à conclure de là à une relation de causalité entre les deux maladies. Cette relation est encore démontrée : *a*) par ce fait que la proportion de syphilitiques chez les sujets atteints d'autres formes d'aliénation est beaucoup moindre; — *b*) par les statistiques qui établissent la *rareté de la démence paralytique dans les milieux où la syphilis est exceptionnelle.*

La fréquence des antécédents syphilitiques relevés chez les paralytiques généraux augmente en raison des facilités de l'anamnèse. Dans les cas où on ne trouve qu'un seul facteur à invoquer pour l'étiologie de la paralysie générale, c'est la vérole qu'on trouve le plus souvent.

La syphilis semble donc bien être une cause principale de la paralysie générale; mais il en est d'autres sans le concours desquelles elle est, à elle seule, impuissante à la reproduire: excès sexuels, surmenage, arthritisme peut-être, alcoolisme, hérédité, — hérédité alcoolique, nerveuse et surtout hérédité congestive. — Cette puissance pathogène de la vérole paraît encore prouvée par les rares exemples des cas où la paralysie générale suit en apparence la syphilis communiquée d'un sujet à plusieurs autres.

Quand la paralysie générale éclate d'emblée, consécutivement à la vérole (c'est-à-dire sans prodromes de pseudo-paralysie générale), il n'est pas possible d'y retrouver *exclusivement* la forme mélancolique ou asthénique décrite d'abord comme spéciale à la syphilis.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La visite des pharmacies tenues par les médecins.

Plancher-les-Mines, le 21 août 1889.

Monsieur le Directeur et cher confrère,

Une occasion se présente de correspondre avec vous après un bien long silence: je la saisis avec le plus grand plaisir. Il s'agit aussi bien d'un intérêt professionnel, et tous vos confrères savent que vous êtes toujours sur la brèche tout prêt à les défendre.

Voici le fait. Ayant, comme la plupart des médecins de campagne, une petite pharmacie pour le service de ma clientèle, je n'ai *jamais* reçu la visite de la Commission d'inspection depuis près de 40 ans que j'exerce ici. Ce n'est certes pas une faveur. Tous mes confrères ruraux ont, à ma connaissance, joui jusqu'ici du même petit privilège, qui n'a pas une seule fois été contesté, car il est consacré par la loi, ainsi que cela résulte des textes suivants.

En vertu de l'art. 29, titre IV, de la loi du 21 germinal an XI (Bulletin des lois, n° 270), la visite des Commissions se fera au moins une fois l'an aux *officines* et *magasins* des *pharmaciens* et *droguistes*.

Art. 17 de la même loi. Les officines de santé établies dans des bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes prés desquelles ils seront appelés, mais *sans avoir le droit de tenir une officine ouverte*.

Il résulte, sans conteste possible, que les petites pharmacies des médecins de campagne, qui ne sont point des officines, encore moins des magasins de droguistes, ne sont point sujettes à la visite.

Et, de fait, c'est ainsi que la loi a toujours été entendue et appliquée.

On lit, dans l'Officine de Dorvault, 6e édition, p. 969, 2e col. renvoi (2) : « On *devrait* soumettre à la visite les petites pharmacies des médecins de campagne, cela dans leur intérêt et celui de leurs malades. » L'expression « on devrait » implique clairement que la visite des petites pharmacies des médecins de campagne ne se fait pas et qu'elle ne s'est jamais faite. Naturellement, si jusqu'à présent le fisc n'a pas trouvé moyen de nous imposer cette taxe et de l'ajouter aux frais considérables de la patente, ce n'est pas sa faute. C'est simplement qu'il a compris que la loi ne l'y autorise

pas. Donc, jusqu'à ce qu'une révision de la loi de 1811 intervienne, nous ne sommes pas soumis à la visite.

Néanmoins, en janvier dernier, avis m'a été adressé par le percepteur que j'étais compris au rôle des contributions pour les droits de visite des pharmacies de l'exercice 1888, pour une somme de six francs. Aussitôt j'ai adressé une réclamation motivée à qui de droit. Mais le directeur des contributions directes a conclu au rejet de ma demande « attendu, dit-il, qu'aux termes des lois (lesquelles ?), tout individu vendant des préparations médicinales est assujetti à la visite du comité d'inspection »; et le conseil de préfecture vient de me condamner à son tour, le 24 juillet dernier, « considérant, — ce sont les termes de sa décision, — que le but des vérifications faites par le jury médical, est de s'assurer de la pureté, de la bonne qualité des produits pharmaceutiques, dont sont détenteurs les pharmaciens, droguistes, herboristes et autres. Votre qualité de médecin éloigné d'une localité où il existe un pharmacien, ajoute-t-il, vous permet d'avoir un assortiment de drogues que vous livrez à vos clients; les substances médicamenteuses que vous détenez sont soumises à la vérification aussi bien que celles qui se trouvent dans les officines des pharmaciens. »

Voilà, ce me semble, un conseil de préfecture qui n'est pas fort et qui, pour rendre son jugement, s'est placé à un point de vue absolument faux. Il ne s'agit pas, en effet, de savoir si la visite des petites pharmacies des médecins de campagne serait une mesure utile. Peut-être un certain nombre de personnes partageraient-elles à cet égard l'opinion de Dorvault. Il s'agit simplement d'appliquer la loi en vigueur, jusqu'à ce qu'une nouvelle législation nous soit octroyée. Le conseil de préfecture n'a pas autre chose à faire et il outrepasse ses droits quand, sans s'occuper de la loi qui nous régit, il décrète dans sa sagesse que, dans la Haute-Saône, qui sait? à Plancher-les-Mines seulement peut-être, la petite pharmacie du médecin de campagne est soumise à la vérification aussi bien que les officines des pharmaciens.

Je ne puis, ni ne veux laisser passer cette iniquité, cette illégalité sans porter ma réclamation devant le Conseil d'État. Ce serait un précédent fâcheux et qui pourrait suggérer au fisc la pensée de tracasser et de molester d'autres confrères qui sont dans une situation identique à la mienne. Nous avons mieux à faire qu'à perdre notre temps et à verser des flots d'encre pour défendre constamment nos intérêts contre les prétentions mal fondées d'agents qui ne cherchent qu'à enfler le chiffre de leurs recettes pour obtenir un avancement plus rapide.

Je voudrais donc que mon cas servît à ceux de mes confrères qui exercent à la campagne, et que la peine que me coûte cette interminable série de réclamations n'aboutît pas seulement à me faire rendre justice à moi seul. Mais je me demande avec anxiété si une réclamation individuelle n'est pas menacée d'avoir devant le Conseil d'État le même sort qu'elle vient d'avoir, contre toute attente, devant le Conseil de préfecture, et s'il ne conviendrait pas, pour éviter une si regrettable issue, qu'elle fût présentée et patronnée par une personne jouissant, comme vous, d'un crédit notoire et bien légitime auprès des pouvoirs publics.

Soyez assez bon, cher confrère, pour me dire ce que vous en pensez, et pour me tracer la meilleure ligne de conduite à tenir. Je dois vous avouer que je n'aimerais pas à faire les frais d'un avocat pour soutenir une réclamation d'une si minime valeur pécuniaire. Au cas où, dans l'intérêt de la profession, vous jugeriez nécessaire que je fisse plaider ma cause, la Société du Concours médical dont je fais partie, ne consentirait-elle pas à faire les frais de la plaidoirie, en considération de l'importance qu'aura la décision du Conseil d'état au point de vue professionnel?

Veuillez agréer.

V. Poulet.

Nous avons prié M. le Dr Poulet de relire l'article de M. *Chaudé* qui traite de la *visite des pharmacies*, (n° 7-1882). Il n'est pas favorable dans ses conclusions à la réclamation. Le *Conseil de Direction*, dans sa prochaine séance, examinera la possibilité de déférer au désir de notre confrère.

REPORTAGE MÉDICAL

Les lois sur les maladies contagieuses supprimées, le nombre des vénériens de l'armée des Indes a plus que doublé ; on songe en Angleterre à revenir aux prescriptions anciennes.

Le ministre de la guerre a décidé que les réservistes et territoriaux prouvant qu'ils ont été vaccinés ou revaccinés avec succès depuis moins de huit ans, ne seront pas astreints à subir l'opération.

Sous la présidence de MM. Th. Roussel, Monod et Sabran, on vient de constituer une société internationale pour l'étude des questions d'Assistance. Pour en faire partie, écrire au secrétaire général, M. le Dr Thulié, 7, rue de Marivaux.

Condamnation à un an de prison pour contamination blennorrhagique. — On sait que dans beaucoup de pays règne encore ce malheureux préjugé, que le contact d'une fille vierge est le meilleur moyen de guérir la blennorrhagie. Un tribunal hongrois eut récemment à juger un homme accusé de viol sur une jeune fille de 15 ans. On ne put toutefois prouver que l'accusé eût employé la violence ou la menace, et comme, d'autre part, la jeune fille avait depuis longtemps dépassé 14 ans, l'accusé fut acquitté de ce chef. Mais il fut démontré qu'au moment des rapports l'accusé était atteint de blennorrhagie et l'avait communiqué à la jeune fille en question : reconnu coupable de sévices corporels graves, il fut condamné de ce chef à un mois de prison. Un tribunal supérieur éleva la peine à six mois, et enfin la Curie, jugeant en dernier ressort, confirma la sentence et porta la peine à un an de prison.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Saladin, de Paris, présenté par M. le Dr Moser, de Paris.

M. le Dr Marçon, de Marguerittes, présenté par M. le Dr Ebrard, de Nîmes.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzieme année **N° 38** 21 Septembre 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Du massage direct de la conjonctive et de la cornée.

M. A. *Costomiris* (d'Athènes) communique à l'Académie de médecine les résultats qu'il obtient en faisant le massage direct avec la pulpe du doigt sur la conjonctive et la cornée, pratique perfectionnée du massage oculaire déjà connu des anciens médecins grecs.

Voici le procédé : après avoir renversé les paupières, on répand sur la conjonctive une épaisse couche d'acide borique en poudre impalpable, puis avec un des doigts de la main droite, on en frotte la conjonctive, les culs-de-sac, les angles de l'œil et la caroncule et enfin la cornée, si celle-ci est également malade. On lave ensuite l'œil avec une solution d'acide borique, puis on instille, dans les premiers jours, une solution de nitrate d'argent à 1 pour 200 ou 300, pour éviter l'inflammation qui survient quelquefois. Le massage interne terminé, on frotte avec les pouces la surface externe des paupières, de l'angle externe à l'angle interne, en refoulant la peau palpébrale vers le bord de l'orbite ; ce petit procédé soulage très rapidement les malades de la douleur parfois assez vive que leur cause le massage interne. Si les cartilages tarses sont très infiltrés et épaissis, on ajoute au massage la malaxation ou le pincement des paupières ; en appliquant les deux pouces sur la peau des paupières supérieure et inférieure, et en refoulant celles-ci en avant et l'une vers l'autre, on les presse alternativement et on frotte l'une contre l'autre les surfaces conjonctivales.

Quand la friction molle à l'acide borique n'est pas suffisante, lorsque la cicatrisation est en voie de s'opérer, lorsqu'il s'agit d'exsudats durs et desséchés, on masse avec une pommade saturée d'acide borique, au précipité blanc ou jaune, ou à l'iodoforme.

Il faut, dans tous les cas, commencer par une friction très courte et très légère, puis augmenter ou diminuer progressivement ; cette manipulation doit être répétée une fois par jour, et continuée pendant deux à quatre semaines après la guérison.

M. Costomiris a employé ce procédé dans un très grand nombre de cas de granulations, conjonctivite folliculaire aiguë ou chronique, catarrhale, diphtéritique ; dans la kératite parenchymateuse, dans l'hypopyon, dans les infiltrations et les abcès ou ulcères de la cornée, etc., etc. Dans ces diverses circonstances, le résultat a toujours été favorable. Dans les maladies internes de l'œil seulement, le massage n'a produit aucune amélioration.

Etude physiologique de la liqueur d'absinthe.

M. *Cadéac* et *M. Albin Meunier* (de Lyon) ont fait de curieuses recherches expérimentales pour déterminer la part qui revient dans les effets funestes produits par la liqueur d'absinthe, à chacune des essences qui entrent dans sa composition.

Voici, en effet, la formule de l'absinthe généralement employée :

Essence d'Anis	6	grammes.
— de Badiane	4	—
— d'Absinthe	2	—
— de Coriandre	2	—
— de Fenouil	2	—
— de Menthe	1	—
— d'Hysope	1	—
— de Mélisse	1	—

Pour un litre d'alcool à 70°, coloré avec persil frais ou orties fraîches.

L'essence d'absinthe n'entre donc que pour un dixième environ dans les aromatiques qui composent la liqueur.

Il résulte des recherches de MM. Cadéac et Meunier que c'est à l'action combinée des essences d'anis, de badiane, de fenouil pour la plus grande part, d'hysope, de mélisse, d'angélique et de menthe pour une faible part, qu'il faut attribuer tous les accidents dont l'ensemble constitue ce qu'on est convenu d'appeler l'absinthisme.

Les essences d'absinthe et de coriande interviennent comme correctifs, en raison de l'excitation vive, gaie et continue qu'elles produisent, tandis que l'excitation provoquée par les autres essences est éphémère.

L'essence d'absinthe doit être relativement innocentée, parce qu'un homme peut prendre à jeun, en une fois, sans accident, pendant plusieurs jours de suite, la quantité d'essence d'absinthe contenue dans un litre de liqueur. Tous les troubles observés chez les animaux et l'homme par l'usage des essences autres que l'absinthe ont été obtenus sans faire usage d'alcool et tous les animaux empoisonnés par ces essences ont présenté, à l'autopsie, toutes les altérations anatomiques du cœur, du poumon, du foie, des reins, du bulbe et du cerveau propres à l'alcoolisme.

D'ailleurs, l'alcool à 70° qui entre dans la liqueur d'absinthe est toujours dilué au moment où elle est bue, et l'on ne prend plus qu'un liquide à 8 ou 10 0/0 d'alcool, titre d'un vin ordinaire, ce qui atténue considérablement ses effets.

Ce n'est donc ni l'alcool en particulier, ni l'essence d'absinthe, ni le mélange de ces deux substances qu'on doit exclusivement incriminer, mais bien toutes les essences composantes et surtout celles d'anis et de badiane.

A considérer la formule type de la liqueur d'absinthe, les neuf essences ont incontestablement leur part de responsabilité dans les troubles qu'amène la liqueur et qu'on a résumés sous le nom d'absinthisme ; n'aurait-il pas été plus vrai de dire *anisisme* ? C'est, en effet, l'essence d'anis qui est la cause principale des accidents les plus graves, si bien que, pour ralentir les progrès toujours croissants de l'absinthisme, il n'y aurait peut-être qu'à modifier la composition de la liqueur en augmentant légèrement la proportion des essences bienfaisantes, et en diminuant la quantité d'anis, de badiane et de fenouil.

Cependant, il ne faut pas oublier que toutes ces essences ont une action immédiate sur le cerveau qu'elles frappent d'emblée, pour l'exciter ou pour le paralyser. Aussi l'usage continu de la liqueur d'absinthe ne peut-il produire que des effets désastreux sur le système nerveux. Ces effets ne sauraient être compensés par les propriétés antiseptiques très actives de certaines essences qui entrent dans cette liqueur.

MÉDECINE PRATIQUE

Pathogénie et traitement des pleurésies.

I

Pleurésie a frigore *et pleurésie phthisiogène. — Adhérences pleuro-costales. — Etude bactériologique des épanchements pleuraux. — Pleurésie et pneumonie. Ponctions, empyème et injections intra-pleurales antiseptiques.*

«La pleurésie, a écrit M. G. Sée, est une de ces maladies dont l'étude n'est jamais épuisée. Essentiellement variable dans ses causes, dans ses débuts, dans sa marche, dans ses symptômes, elle est pour le médecin une source sans cesse renouvelée de discussion, soit au point de vue de son diagnostic, soit au point de vue de son traitement».

Cette citation, que j'intercalais dans une étude critique sur le traitement des pleurésies publiée en 1884 dans *l'Union médicale*, est encore de mise aujourd'hui; cependant beaucoup de recherches ont été faites dans ces cinq dernières années, bon nombre de points obscurs de l'étiologie ont été élucidés, et la thérapeutique commence à se ressentir des progrès réalisés dans la connaissance de la pathogénie.

L'opinion défendue par M. Landouzy, d'après laquelle la pleurésie, dite *a frigore*, est une manifestation de la tuberculose, a gagné beaucoup de terrain depuis les premières récriminations qu'elle a soulevées. Pour bien apprécier la valeur de l'affirmation de M. Landouzy, il importe de laisser la question posée comme il l'a posée lui-même : toute pleurésie à grand épanchement, a-t-il dit, qui ne relève ni d'une infection (scarlatine, puerpérisme, pneumonie, fièvre typhoïde, etc.), ni d'une dyscrasie (rhumatisme), ni d'un trauma (fracture de côte, infarctus pulmonaire,

FEUILLETON

La calligraphie médicale.

On nous reproche, — avec quelque raison, il faut en convenir, — d'écrire d'une façon illisible. Le public connaît ou soupçonne les renoncements et les déboires de la carrière médicale ; il fait grand cas de notre caractère, mais il critique sans pitié *nos caractères*, notre griffonnage agrémenté d'éclaboussures d'encre.

Un auteur dramatique s'est fait l'interprète des doléances universelles et il nous a fort agréablement censurés dans *le Homard*, dont voici le scénario :

Un médecin de théâtre s'est fait remplacer par un de ses amis, absolument étranger à l'art de formuler, avec l'espoir que son intervention ne sera pas nécessaire ; mais la fatalité s'en mêle, car une jeune femme a une indigestion de mayonnaise et du crustacé, qui lui sert généralement de compagnon.

Notre Hippocrate improvisé s'empresse de dégrafer la belle enfant et il découvre un de ces corsages exubérants dont la Flore du Titien, au musée de Florence, offre un si agréable spécimen. — Naturellement, il s'extasie de la façon la plus mahométane devant cette opulente et neigeuse poitrine et trouve que notre profession comporte de bien agréables privautés. Mais la réalité lui paraît moins séduisante, lorsqu'on lui réclame une ordonnance ; il paie d'aplomb et barbouille quelques jambages incohérents, avec la pensée de gagner du temps. — Vaine supercherie, car le commissionnaire revient avec un flacon mystérieux, dûment encapuchonné selon les règles.

Vous voyez d'ici sa stupéfaction et son anxiété. Comment l'apothicaire du coin a-t-il pu trouver dans ses zigzags les éléments d'une potion ? — Que contient-elle ? — Cruelle énigme !

Heureusement, ce n'était qu'un anodin purga-

etc.), est toujours tuberculeuse. Après avoir été de ceux qui trouvaient autrefois assez exagérée l'opinion de M. Landouzy, je dois reconnaître que les recherches postérieures en ont confirmé l'exactitude.

Il convient de citer en première ligne, parmi celles-ci, le travail publié en août 1886 dans les *Archives de physiologie* par MM. Kelsch et Vaillard : 16 fois sur 16 cas de pleurésie dite a frigore, ces observateurs, dont la compétence ne laisse rien à désirer, ont constaté dans les feuillets pleuraux la présence de granulations tuberculeuses vérifiables macroscopiquement et histologiquement. Si dans le liquide extrait par la ponction on ne trouve pas facilement les bacilles de Koch, et si les inoculations dans le péritoine des cobayes ne produisent pas en général la tuberculose chez ces animaux, cela tient à ce que les bacilles sont bien peu nombreux dans ces épanchements proportionnellement à la masse liquide, et à ce que le plus souvent ils restent dans les granulations des parois.

D'ailleurs Kelsch et Vaillard font remarquer que l'évolution des tubercules pleuraux est variable suivant la nature de l'épanchement ; on sait que le tubercule est une néoplasie qui évolue tantôt vers la transformation fibreuse, tantôt vers la fonte caséeuse ; or la forme séreuse de la pleurésie serait en rapport avec l'évolution fibreuse, les formes hémorrhagique et purulente avec la nécrose des produits tuberculeux. De leurs constatations anatomiques, MM. Kelsch et Vaillard déduisent cette conclusion thérapeutique que la ponction des pleurésies séreuses favorise la guérison en provoquant l'accolement des feuillets en voie de prolifération fibreuse, et que dans la pleurésie purulente il est indiqué de pratiquer le raclage des feuillets pleuraux dans la zone accessible.

Un argument opposé souvent à la nature tuberculeuse de la pleurésie, c'est que bon nombre d'individus qui en ont été atteints ne deviennent pas phthisiques ; mais tous les enfants qui, après avoir été atteints de coxalgie, de mal de Pott, de tumeur blanche du genou ou d'autres lésions incontestablement tuberculeuses, en guérissent, deviennent-ils nécessairement phthisiques ?

Il n'y a pas que les pleurésies à grand épanchement qui soient en rapport avec la tuberculose, pas plus que les pleurésies du sommet ne doivent être seules suspectes. Dans une clinique consacrée par M. Jaccoud aux pleurésies *phthisiogènes*, en 1888, le clinicien de la Pitié rappelait les caractères qu'il leur assignait dès 1882. Ces caractères seraient « d'occuper la région inférieure de la plèvre dans sa partie antéro-latérale (plus rarement en arrière) ; de siéger du côté gauche (elles sont tout à fait exceptionnelles à droite) ; de rester généralement sèches, ou de donner lieu à un épanchement d'abondance médiocre, de sorte qu'elles se terminent presque toujours par adhérences ; de suivre une marche très favorable en apparence. L'individu guérit rapidement, peut-être avec une certaine diminution des forces : c'est la première étape. Mais, au bout de quelques semaines ou de plusieurs mois, il est de nouveau malade ; après un début éclatant ou lent, on trouve au niveau des adhérences pleurales un foyer pneumonique qui, si l'explosion fait défaut, si la marche est insidieuse, ne le force pas à garder le lit. Le foyer tourne rapidement à l'excavation, et aboutit à ce qu'on appelait pneumonie caséeuse, alors que la dualité de la phthisie pulmonaire était encore admise. Parfois on observe, à distance, de petits foyers pneumoniques semblables au premier, lesquels ne modifient guère l'évolution générale de la maladie, qui est arrivée à sa seconde étape, ou étape pneumonique. Enfin, si le malade survit pendant quelques mois, il peut y avoir une troisième étape, représentée par une explosion de granulose pulmonaire plus ou moins généralisée. »

M. Jaccoud ne paraît pas admettre que, si la pleurésie s'est montrée d'abord, elle ait été sous la dépendance de tubercules pleuraux déjà existants ; car il expose une pathogénie suivant laquelle les adhérences pleurales auraient l'influence capitale sur la tuberculisation du poumon.

« Comment concevoir le rapport pathogénique qui existe entre ces pleurésies terminées par adhérences et la formation d'un foyer pneumonique qui est, en somme, tuberculeux ? Il s'explique par ce fait que la portion de poumon fixée par les adhérences à la paroi costale a perdu sa faculté d'expansion et prend une part faible ou nulle à la

---

tif, qui fait merveille, et la pièce se termine, comme il convient par un bon mariage : un intestin est libéré et un célibataire de plus est enchaîné. Il a été littéralement séduit par ce torse hors concours ; l'idée d'un rapprochement à vie s'est aussitôt présenté à son esprit ; il en perd la tête et on ne la lui rendra que devant monsieur le maire !

— Cette fantaisie, qui aurait pu être plus acerbe, devrait bien nous faire renoncer aux hiéroglyphes, que nos complices, les pharmaciens, ont tant de peine à déchiffrer. — Je suis parvenu pour mon compte, je l'atteste, après de persévérants efforts, à devenir lisible ; après avoir prêché d'exemple, j'ai donc acquis le droit d'entreprendre cette croisade.

En définitive, on comprend très bien que, malgré leur goût pour le mystère et les choses incompréhensibles, les malades ne puissent regarder sans effroi nos pattes de mouche et songent involontairement à la coupe de Socrate, à l'officine des Borgia et aux poisons de Mithridate, qui, dès l'antiquité, eut la prudence de s'habituer à la thérapeutique.

Les méprises sont rares, je le reconnais, vu le chiffre innombrable de loochs et de petits paquets, qui sortent tous les jours des laboratoires ; mais le client a bien raison de redouter une erreur de posologie ou une substitution chimique, surtout avec la tendance qui a mis en vogue les alcaloïdes les plus toxiques.

L'habileté des préparateurs et la précision des balances ne constituent pas une garantie absolue contre les homicides involontaires ; nous en avons de temps en temps la triste preuve, et on conçoit que nul ne tienne à la fournir.

Un octogénaire, qui avait soutenu, durant sa longue vie, que, lorsque les savants sont lâchés, il y a bal chez Proserpine, légua le contenu de son coffre-fort à son médecin. — Ce dernier s'attendait à une succession importante, en rapport avec la fortune de son voisin ; mais son désappointement fut proportionné à la mystification

respiration ; d'autre part, la circulation du sang se fait mal dans cette région du parenchyme pulmonaire, les vaisseaux sont comprimés par les brides pleuro-costales, les stases sanguines y sont fréquentes ; par suite, l'action nutritive y subit une diminution très favorable à la pullulation des bacilles, qui se fixent dans ce territoire du poumon, alors que l'examen direct montre que les sommets sont parfaitement indemnes.

Les conclusions pratiques à tirer de ce qui précède sont les suivantes :

Une pleurésie peut aussi bien mener à la tuberculose pulmonaire, quand elle occupe les parties déclives de la cavité pleurale que quand elle en occupe le sommet, et cela est vrai surtout des pleurésies sèches, terminées par adhérences, qui siègent dans les parties antéro-latérales du côté gauche et qui, plus que toute autre, sont phthisiogènes.

En présence de ces pleurésies, il ne faut pas se laisser détourner d'une thérapeutique active par leur bénignité apparente et par le rétablissement rapide du malade.

Le principal danger pour l'avenir résidant dans les *adhérences pleuro-costales*, ce sont elles que le traitement doit avoir en vue. Le meilleur moyen, le seul même dont nous puissions disposer pour prévenir leur formation, consiste à appliquer sur le côté du thorax, aussitôt que les frottements sont perçus, un énorme vésicatoire de dimensions bien supérieures à celles que sembleraient nécessiter l'étendue et l'intensité du mal. Cette méthode réussit souvent, mais non toujours : si elle a échoué, si les adhérences existent, il faut chercher à les étendre, à les allonger pour diminuer leur influence fâcheuse sur la circulation et la nutrition du poumon. Pour cela, on trouve une précieuse ressource dans l'emploi de l'aérothérapie, dont le procédé le plus usuel consiste à faire respirer de l'air comprimé dans des appareils fixes : on obtient ainsi un accroissement *du déplissement* des vésicules pulmonaires, une augmentation de l'ampliation du poumon capables de lutter victorieusement contre l'action contraire des adhérences. Mais la condition essentielle de réussite est que ce traitement soit prolongé sans interruption pendant plusieurs semaines ; on n'obtient rien en quatre ou cinq séances.

Un autre procédé consiste dans l'aérothérapie à double effet, dans laquelle le malade inspire dans l'air comprimé et expire dans l'air raréfié. A chaque expiration, le poumon se vide au maximum, ne conserve que l'air strictement résidual, celui dont il ne se débarrasse jamais. On ajoute ainsi les avantages tirés d'une expiration aussi complète que possible à ceux que donne la pénétration de l'air comprimé dans les dernières cellules du poumon. Mais cette méthode, outre qu'elle est fatigante pour le malade, l'expose aux hémoptysies ; on ne l'utilisera donc que dans les cas où on ne redoute ni épuisement rapide, ni crachement de sang ; dans les autres, on se bornera à l'emploi pur et simple de l'air comprimé, qui le plus souvent suffit à prévenir le développement des bacilles, pourvu que, prévenu de cette éventualité possible, on y remédie en temps utile.

Ce qu'on ne doit pas négliger de faire quand on est en présence d'une pleurésie dont la nature est suspecte, c'est de rechercher, comme l'a montré mon maître M. Grancher, d'une part si la combinaison des signes stéthoscopiques (palpation, percussion, auscultation) donne le *schème* dit *de congestion* dans la fosse sous-claviculaire, et d'autre part s'il existe une *adénopathie axillaire*; car celle-ci est souvent en rapport, ainsi qu'en fait foi la thèse de Sanchez-Toledo (1887) avec la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Le plus grand intérêt s'attache à l'*étude bactériologique des épanchements pleuraux*. En dehors des bacilles tuberculeux de Koch, les microbes qu'on a trouvés sont les streptocoques et les staphylocoques, les pneumocoques et exceptionnellement les bacilles typhiques d'Eberth. La présence dans un épanchement séro-fibrineux des streptocoques, organismes essentiellement pyogènes, est l'indice d'une purulence prochaine ou même déjà réalisée, mais que la première ponction ne décèle pas parce que les leucocytes s'accumulent d'abord dans les parties déclives de la plèvre. L'absence de microbes dans un épanchement purulent doit faire admettre sa nature tuberculeuse ; mais un épanchement même d'origine tuberculeuse peut contenir à la fois les bacilles de Koch et des microbes pyogènes. Plus on avance dans la bactériologie et plus souvent on constate dans une même maladie des associations

---

dont il était victime, car les hommes de loi ne trouvèrent que les médicaments qui avaient été prescrits au défunt, pendant un demi-siècle. — Les fioles étaient intactes et les pilules au complet.

On pourrait peut-être en conclure qu'une cure doit le plus souvent commencer par des sermons et non par des remèdes, quitte à recourir ensuite aux bocaux des pharmacies : J'estime, écrivait naguère Adrien Marx, que le docteur contemporain doit pencher plutôt vers la morale que vers les toxiques. Au lieu de s'écrier « à moi, ma bonne strychnine », quand un parisien se plaint de la tête, des reins ou des jambes et ajoute que son humeur est noire, tandis que ses nuits sont blanches, il devrait avoir le courage de résister aux tentations des mixtures dangereuses et répondre carrément : « vous fumez trop, mon garçon, vous mangez trop, vous restez trop tard au club, vous ne marchez pas assez dans les bois et vous regardez trop complaisamment les passages d'*Excelsior*, où soixante danseuses, alignées sur un seul rang, fondent sur vous comme un seul homme, la jambe en l'air. »

Certes, nous absorbons suffisamment de poisons dans les rues, empestées par les soupirs fétides de l'égout, et sur nos tables chargées d'une alimentation sophistiquée. — L'atmosphère des salles de spectacle et des restaurateurs versent à profusion dans notre économie des gaz, des liquides et des solides délétères ; il n'est pas nécessaire d'en augmenter la dose.

Mais, puisqu'il n'est pas possible de guérir tous les malades avec des discours, des propos rassurants et de sages conseils, faisons du moins en sorte que notre écriture ne vienne pas ajouter de nouveaux dangers à ceux que la chimie fait courir à l'humanité ! Soignons nos malades, mais soignons aussi nos voyelles et nos consonnes, tout le monde y gagnera quelque chose : le corps médical, de la considération, et ceux qui nous accordent leur confiance, de la sécurité !

Dr GRELLETY.

microbiennes qui expliquent la complexité des processus ; dans une caverne tuberculeuse on peut voir côte à côte le bacille de Koch, les microbes pyogènes et les microbes saprogènes, agents des gangrènes et des putréfactions. J'ai déjà eu l'occasion d'indiquer ces faits à propos du traitement de la phthisie.

On doit à M. Troisier et à M. Netter une étude intéressante d'une variété de pleurésies dites *métapneumoniques*, parce qu'elles apparaissent dans le cours ou dans la convalescence des pneumonies. Elles peuvent être séro-fibrineuses, mais sont assez souvent purulentes d'emblée, leur début est insidieux et elles sont en général bénignes. M. Netter a précisé leurs caractères cliniques. C'est vers le 13e jour à partir du début de la pneumonie que la pleurésie apparaît, quelquefois plus tôt. La pneumonie est alors sur son déclin, mais on n'a pas constaté la défervescence brusque classique ; l'abaissement thermique se fait par lysis. Dans d'autres cas la défervescence de la pneumonie s'est accomplie avec sa brusquerie habituelle : le malade est déjà en apyrexie depuis quelques jours, quelquefois depuis plusieurs semaines, quand la fièvre reparaît, accompagnée des signes stéthoscopiques de la pleurésie. M. Netter a indiqué par des chiffres la fréquence relative de ces deux modes d'invasion. 37 fois sur 100 cas la pleurésie a débuté avant que la pneumonie eût terminé son évolution, 63 fois sur 100 l'apyrexie existait depuis un temps variant entre 1 jour et 4 semaines lorsque la pleurésie est survenue.

M. Netter a remarqué que la pleurésie était fréquente dans certaines séries de pneumonies : on sait que les épidémies de pneumonies sont d'une gravité très variable ; il y a des années, des saisons où tous les pneumoniques guérissent, d'autres où la plupart succombent, quel que soit le traitement institué. On ignore encore quelles sont les influences cosmiques par suite desquelles le pneumocoque acquiert un degré inusité de virulence et une tendance particulière à se diffuser hors du poumon pour produire les complications viscérales, telles que la pleurésie, la péricardite, la méningite, etc.

Le pus des pleurésies métapneumoniques aurait des caractères assez spéciaux, il serait particulièrement épais, crémeux et inodore ; les fausses membranes se formeraient en abondance sur les feuillets pleuraux et cloisonneraient rapidement la cavité. C'est là une particularité importante à connaître ; car c'est dans de telles pleurésies que le trocart, tombant dans une loge pleurale cloisonnée, peut ne donner issue qu'à une petite quantité de pus, alors qu'une quantité beaucoup plus considérable est enfermée dans une loge voisine ; on peut être ainsi obligé de pratiquer successivement plusieurs ponctions à différents niveaux pour vider la plèvre, si on n'aime mieux pratiquer l'empyème et faire en une séance le curage antiseptique de la plèvre en rompant les cloisonnements pseudo-membraneux. — D'ailleurs la terminaison spontanée par vomique serait particulièrement fréquente dans les pleurésies métapneumoniques. Netter l'a observée dans plus du quart des cas au bout d'un mois environ.

Le microbe qu'on trouve dans les pleurésies métapneumoniques est le microbe même de la pneumonie, le pneumocoque de Frænkel et Talamon.

C'est celui que Netter a trouvé dans toutes les complications de la pneumonie, dans les méningites, péricardites et otites suppurées, dont l'apparition pendant ou après la pneumonie a été si longtemps inexpliquée, et qui sont maintenant d'une interprétation si simple, puisque ce sont les localisations successives d'un même microbe. Ce microbe, le pneumocoque, qu'on trouve à l'état normal dans la bouche de certains individus sains et surtout d'individus ayant eu une ou plusieurs pneumonies, peut rester longtemps inoffensif. Mais qu'une influence dépressive, telle que le refroidissement brusque, vienne à paralyser temporairement le système nerveux, protecteur de tout l'organisme, le pneumocoque, dont les agressions étaient jusque là repoussées incessamment par la vigilance des *phagocytes*, réussit à faire invasion dans le poumon, s'y implante et y provoque la réaction pneumonique. Si les cellules du poumon ne réussissent pas à le circonscrire en ce point, la plèvre peut être envahie à son tour par la voie des lymphatiques qui la font communiquer avec le poumon ; les autres séreuses, le péricarde, les méninges peuvent aussi être envahies par les voies lymphatiques ou veineuses, de même que dans la tuberculose on voit le bacille de Koch opérer des migrations successives dans tant d'organes après avoir débuté par le poumon, par quelque articulation ou quelque ganglion.

Ces données de pathologie générale toute contemporaine, que je ne puis qu'esquisser à larges traits, doivent sans doute causer quelque surprise à ceux de mes lecteurs qui ne sont pas encore initiés aux études bactériologiques dont la floraison extraordinaire a, sinon révolutionné, du moins si étonnamment éclairé une foule de points obscurs de la pathogénie. J'aurai plus d'une occasion de revenir sur cette question de la défense de l'organisme par les phagocytes, ou cellules normales (leucocytes ou épithéliums) sans cesse occupées à dévorer les microbes qui nous assiègent.

Pour le sujet qui m'occupe aujourd'hui, je ne retiens qu'une chose de ce que je viens de dire, c'est qu'il y a des pleurésies causées par les pneumocoques ou agents pathogènes de la pneumonie. Mais il y a des cas où la plèvre est envahie d'emblée par eux, sans que le poumon ait été touché, sans qu'il y ait eu pneumonie, il s'agit alors des pleurésies que M. Netter a appelées *pneumococciques primitives* (1).

II.

Si on veut caractériser en peu de mots les progrès réalisés dans la THÉRAPEUTIQUE des pleurésies dans ces dernières années, on peut le faire en disant qu'il est devenu essentiellement chirurgical ; ce qui ne veut pas dire que le médecin a abdiqué devant le chirurgien. Cela signifie que le médecin doit bien plus souvent qu'autrefois, intervenir manuellement et instrumentalement avec hardiesse et *surtout antisepsie*. Beaucoup moins de vésicatoires, des ponctions aseptiques, des injections antiseptiques et dans les pleurésies purulentes l'empyème antiseptique précoce dès que l'échec des précédents moyens est constaté, voilà le résumé de la conduite qu'impose au médecin la connaissance plus complète de la pathogénie des pleurésies, c'est-à-dire du rôle que l'infection microbienne joue le plus souvent dans leur production.

Les indications de la thoracentèse, dans la pleu-

(1) Voir *Concours Médical*, 1889, n° 3, p. 126.

résie sérofibrineuse, on a été si nettement formulées dans les travaux classiques de M. Dieulafoy qu'il serait superflu de les rappeler ici. Dans les pleurésies purulentes, il est admis par le plus grand nombre des maîtres que si l'épanchement se reproduit après une première ponction, l'empyème s'impose et j'en ai minutieusement tracé les règles dans ce journal, comme dans mon *Traité d'antisepsie médicale*. Quelques médecins sont encore partisans des ponctions réitérées. Ainsi, M. H. Desplats, en 1888, posait les règles suivantes dans le *Journal des sciences médicales* de Lille :

« Lorsque vous *soupçonnerez* un épanchement purulent, n'attendez pas, et faites, séance tenante, une, deux, trois ponctions exploratrices. C'est le seul moyen d'acquérir la certitude. — Si la ponction exploratrice révèle la présence du pus, évacuez-le aussitôt. — Le pus évacué, vous devez empêcher une nouvelle collection de se faire, et pour cela, ponctionner aussi souvent qu'il est nécessaire et à des intervalles très rapprochés, sans craindre les ponctions blanches. (Cette pratique a pour avantage d'empêcher les effets de l'accumulation du pus, et de favoriser la réunion des parois de la poche. Si, plus tard, la pleurotomie devient nécessaire, ce n'est plus la cavité pleurale que vous ouvrirez, mais une poche enkystée). — Si les ponctions ne suffisent pas, ou si elles doivent être trop répétées, appliquez un siphon à demeure en évitant la pénétration de l'air. — Enfin, si vous vous trouvez en présence d'un foyer septique que les premières ponctions ne modifient pas, si surtout le pus a une odeur gangréneuse, ouvrez largement, sans attendre. C'est dans ce cas seulement que vous ferez des lavages détersifs et antiseptiques. »

Pour ma part je trouve ces préceptes beaucoup trop timides ; pendant ces retardements et ces ponctions palliatives, l'infection du malade continue et l'empyème, fait avec les précautions antiseptiques, est si bénin que je ne vois pas pourquoi on en ferait si longtemps attendre les bénéfices au pleurétique purulent.

Chez les enfants, M. Cadet de Gassicourt formulait ainsi la ligne de conduite en 1888, à la Société médico-pratique.

On peut employer contre les pleurésies purulentes les ponctions simples et l'opération de l'empyème. Les conditions les plus favorables au succès des ponctions simples peuvent se résumer en une seule, l'âge du malade. C'est, en effet, dans les premières années de la vie, c'est-à-dire jusqu'à 6 ou 7 ans, que les parois thoraciques ont le plus de souplesse, que l'intégrité des poumons est la plus grande et en permet par suite la plus facile expansion, que les fausses membranes pleurales sont le moins résistantes, que la vitalité de la plèvre est la plus active et permet aux liquides, même purulents, de se résorber le plus facilement.

On ne doit pas repousser systématiquement les ponctions simples chez les enfants plus âgés. Or, on a cité quelques cas, forts rares il est vrai, de guérisons obtenues par ce moyen, même chez l'adulte.

Les règles des ponctions simples doivent être sévères ; les intervalles qui séparent chacune d'elles seront de quatre à cinq jours environ ; il importe surtout que cet intervalle soit toujours le même, afin que l'opérateur puisse juger de la quantité du liquide purulent qui se reproduit dans un même nombre de jours. La marche de la température sera soigneusement consultée, toute ascension thermique indiquant soit la reproduction du pus, soit une lésion pulmonaire concomitante.

La recherche des signes physiques ne sera jamais négligée et servira non seulement à constater la reproduction du pus, mais aussi à faire distinguer les lésions pulmonaires possibles des lésions pleurales.

M. Cadet de Gassicourt est ennemi absolu des ponctions indéfiniment répétées et voici les considérations qui le guident pour recourir ou non à l'empyème.

Pour que l'on soit autorisé à poursuivre l'emploi des ponctions simples, il est indispensable que la quantité de pus tirée à chacune des ponctions successives diminue dans des proportions notables. En fait, il est rare, en cas de succès de la méthode, d'avoir à faire plus de quatre à cinq ponctions. Si cette condition manque, il faut opérer en s'entourant des précautions antiseptiques les plus minutieuses. Même, avec ces précautions, M. Cadet de Gassicourt n'a jamais obtenu les guérisons rapides, en vingt ou trente jours, que d'autres ont enregistrées.

Chez les enfants du premier âge, M. Sevestre, particulièrement compétent, exposait en 1888 dans la *Revue des maladies de l'enfance*, qu'il est très difficile d'évaluer avec une certaine précision la quantité du liquide ; pour ce point spécial du diagnostic, aussi bien d'ailleurs que pour affirmer l'existence même de la pleurésie, la percussion a plus de valeur que l'auscultation.

Le diagnostic de la purulence du liquide est difficile à établir : l'amaigrissement progressif de l'enfant, l'état cachectique doivent la faire soupçonner. La ponction exploratrice, qui est d'ailleurs exempte de dangers, lèvera les doutes.

Si l'enfant diminue de poids, alors même que l'épanchement paraît simplement séreux, il ne faut pas hésiter à évacuer cet épanchement par la ponction. Si la pleurésie est purulente, la ponction est encore plus indiquée, mais, si l'épanchement se reproduit, et surtout si l'état général reste mauvais, il ne faut pas tarder à faire l'empyème avec lavage antiseptique.

Mais le côté le plus nouveau et le plus intéressant du traitement des pleurésies est celui qui a été mis en lumière par les recherches toutes récentes de MM. Bouchard, Juhel-Rénoy, Moizard, Fernet, etc., dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs plusieurs fois cette année. (1) Les tentatives consistent, après avoir retiré par aspiration une certaine quantité du liquide pathologique contenu dans la plèvre, à injecter dans celle-ci une quantité égale de solution antiseptique.

M. Bouchard a parfaitement exposé l'évolution de cette thérapeutique dans son dernier volume (*Thérapeutique des maladies infectieuses*). Il fait remarquer que de bonne heure on a fait des tentatives d'antisepsie dans les maladies de la plèvre. La ponction, qui a pour but d'évacuer le contenu infectieux, a été le commencement de l'antisepsie. Puis on a fait suivre la ponction de l'injection de substances antiseptiques. Boinet, en 1846, a pratiqué le premier l'injection iodée dans la plèvre suppurée.

(1) Voir *Concours médical* 1889, nos 30 et 32.

Aujourd'hui on est d'accord pour traiter la pleurésie purulente par la thoracotomie simple ou complétée par une résection costale ; on fait ensuite des lavages antiseptiques abondants et chaque pansement ultérieur est fait avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. M. Debove a même proposé de recourir à la thoracotomie dans des pleurésies non purulentes et d'imiter la conduite des chirurgiens qui traitent toutes les hydrocèles par l'incision large de la tunique vaginale. M. Bouchard ne croit pas que cette méthode doive être généralisée ainsi.

Il a essayé de faire dans la plèvre enflammée et contenant un épanchement, quelle qu'en soit la nature, des injections antiseptiques à petites doses, sans évacuer le contenu, et il a obtenu des résultats encourageants. Il a employé le naphtol dans plusieurs cas de pleurésie purulente, les résultats ont été assez avantageux pour le dispenser de pratiquer l'empyème.

Deux fois par jour on injectait de 2cc à 4cc, représentant 0 gr. 10 à 0 gr. 20 de naphtol. Voici la formule de la solution.

Naphtol β	5 grammes.
Alcool à 90°	33 grammes.
Eau	Q. S. pour compléter 100 cc.

Dès que la solution injectée arrive dans la plèvre, le naphtol se précipite, mais une partie se redissout dans le liquide de l'épanchement et concourt à stériliser le contenu de la plèvre et à modifier l'état septique de la séreuse. Depuis ses premiers essais, M. Bouchard a injecté des quantités moins minimes; mais il a débuté avec prudence, comme il avait commencé ses tentatives d'administration du naphol à l'homme par la voie gastrique ; il donnait d'abord des doses de 5 centigrammes, qu'il savait devoir être inefficaces, mais dont l'innocuité était certaine. Puis il est arrivé à faire ingérer 6 grammes sans inconvénient et n'a pas été plus loin parce que cette dose était déjà plus que suffisante pour l'objet qu'il se proposait.

A vrai dire, les expériences d'injections de naphtol dans la plèvre faites d'abord sur l'animal n'étaient pas encourageantes. Plusieurs élèves de M. Bouchard qui les ont pratiquées chez le lapin, moi entre autres, y ont renoncé successivement parce que, de temps à autre, un animal mourait subitement. C'est qu'il est difficile d'injecter quelque chose dans la plèvre saine d'un animal ; dans plusieurs cas, la mort s'explique peut-être alors par un réflexe parti de la plèvre saine. Quoi qu'il en soit, dans une plèvre malade, et au sein du liquide qui s'y trouve épanché, on peut faire, sans inconvénient et sans scrupule, les injections de naphtol comme il est dit ci-dessus.

Autrefois Reybard, quand il prescrivait de garnir de baudruche l'extrémité de la canule, voulait éviter l'entrée dans la plèvre de l'air qui devait amener la purulence ; c'était déjà une application des idées d'antisepsie. Plus tard, quand Lister eut démontré par la clinique que la conséquence d'un pneumothorax est toute différente suivant que la cavité pleurale communique avec l'air extérieur par un orifice cutané ou par une déchirure du poumon ; quand il fit cette remarque que la plaie de poitrine aboutit à la pleurésie purulente, tandis que la fracture de côte qui pique le poumon, sans qu'il y ait solution de continuité du tégument, ne donne qu'un pneumothorax qui ne se complique pas de pleurésie, on devine que l'air extérieur se dépouille dans les bronches des agents infectieux qu'il y entraîne et que, des alvéoles, il passe purifié dans la plèvre, où il ne provoque aucune fermentation.

Quand Tyndall a montré que l'air qui sort du poumon, l'air expiré est *optiquement pur* ; quand il a soufflé dans une chambre obscure sur la traînée lumineuse d'un rayon de soleil et fait ainsi une coupure sombre sur la raie lumineuse au point où elle était traversée par l'air venu de ses poumons, il a, par cette expérience, fourni la même démonstration ; l'air s'est dépouillé dans les poumons de toute particule solide capable de s'éclairer.

M. Straus a fait encore la même preuve par une autre expérience ; il fait barboter l'air expiré dans un liquide de culture stérilisé ; ce liquide reste stérile.

Dans la plèvre saine ou malade, il ne faut pas que l'air impur pénètre ; il est indifférent que l'air purifié s'y introduise.

Ces notions ont trouvé leur application, et tout dernièrement M. Potain nous a enseigné quel parti on peut tirer, dans le traitement de l'hydropneumothorax, de l'injection d'air stérilisé faite dans la plèvre en même temps qu'on évacue le liquide.

On avait déjà eu l'idée de remplacer le liquide purulent épanché dans une séreuse par un autre liquide aseptique ou antiseptique ; cela s'est fait pour l'hydrocèle ou l'hématocèle vaginale, les hygromas. Il est logique de le faire pour la plèvre. On peut dire d'une façon générale que l'antisepsie est nécessaire pour les cavités closes lorsqu'elles sont infectées.

M. Bouchard a donné la préférence avec raison, croyons-nous, aux antiseptiques dont le naphtol est le type. D'autres ont employé l'iode (Moizard), le chlorure de zinc (Juhel Rénoy), le sublimé (Fernet). Nous avons indiqué leurs formules au fur et à mesure des communications que ces observateurs ont faites dans les Sociétés médicales. La méthode n'est évidemment pas arrivée à son dernier perfectionnement, mais il est permis déjà de dire, je crois, que l'avenir lui appartient dans le traitement de beaucoup de pleurésies.

P. Le Gendre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Mode d'action des applications métalliques. Leurs effets sur les malades non hystériques.

(*Suite*) (1).

Par le Dr Chazarain.

Si l'on applique perpendiculairement sur le côté externe des membres d'un sensitif hypnotisable, mais surtout hypnotisé, le pôle positif ou N d'un aimant, on détermine l'anesthésie ou la contracture du membre ; si l'on y applique ensuite, aussi perpendiculairement, le pôle négatif, ou S, on provoque le retour de la sensibilité ou la décontracture.

L'application du pôle négatif sur le côté interne des membres ou sur le côté droit du buste pro-

(1) Voir le numéro 36.

duit également l'anesthésie ou la contracture, que détruit ensuite le pôle positif.

Et de même qu'on nomme *pôle positif* d'un aimant le pôle qui repousse le pôle positif d'un autre aimant librement suspendu, nous appelons positif le côté externe des membres et le côté gauche du tronc anesthésiés ou contracturés par le pôle négatif.

Cette désignation est encore justifiée par ce fait : que l'application perpendiculaire d'une région positive du corps d'un expérimentateur sur une région positive du sujet agit comme le pôle positif d'un aimant ; que l'application perpendiculaire d'une région négative sur une région négative agit comme le pôle négatif, c'est-à-dire anesthésie ou contracture, tandis qu'une application inverse ramène la sensibilité et détruit la contracture.

L'application d'un pôle ou d'un côté de même nom sur une région de même nom est dite *isonome*; l'application d'un pôle ou d'un côté de nom contraire sur une région de nom contraire est dite *hétéronome*.

Une application isonome faite sur la tête d'un hypnotisable l'endort, une application hétéronome le réveille.

Quand le sujet est anesthésié ou contracturé d'un côté, une application isonome sur le côté symétrique y produit le transport de l'anesthésie ou de la contracture ; une application hétéronome y détermine aussi le transfert quelquefois, mais ce transfert est aussitôt suivi de résolution bilatérale.

Chaque membre, de même que le buste, se comporte comme un aimant en fer à cheval, à extrémités dirigées en bas. Aussi y existe-t-il un courant (non encore déterminé par le galvanomètre), mais indiqué par l'identité des réactions que provoquent les applications de l'aimant, les pôles de la pile et les membres humains), allant du côté positif au côté négatif, par conséquent ascendant du côté gauche et descendant du côté droit.

Chez les gauchers la position des pôles et la direction du courant sont interverties. Par suite les mêmes applications donneront des effets inverses.

L'application du courant de la pile équivaut à l'application de l'aimant : le pôle + agit comme le pôle N ou positif ; le pôle —, comme le pôle S ou négatif.

Certains métaux se comportent comme le pôle positif de l'aimant ou de la pile (1) et sont dits *positifs* ; d'autres se comportent comme le pôle négatif et sont dits *négatifs*.

De même que les aimants, ces corps agissent non seulement au contact, mais à distance. Voilà pourquoi certains observateurs ont pu croire que leur action n'était pas une action électrique. Mais tel est pourtant son caractère, et nous avons pu le mettre en évidence avec un galvanomètre à miroir de Thomson que mon regretté collaborateur, M. Ch. Decle, et moi avons fait construire tout exprès.

Si, en effet, on réunit à l'aide d'une bande de papier à réactif trempé préalablement dans de l'eau ordinaire deux rondelles de métaux différents placées sur les bornes de l'appareil, on voit aussitôt l'image réfléchie par le miroir quitter le zéro de la règle graduée et se diriger vers une des extrémités. Cette déviation se fait toujours dans le même sens, tant que les deux disques conservent leur place primitive. Si l'on intervertit leur position, la direction de la déviation est renversée.

Si l'on remplace les deux métaux par les pôles d'une pile très faible ou les deux pôles d'un aimant, on remarque que l'image se dirige toujours vers le pôle positif.

Par suite, nous nommons positif celui des deux métaux vers lequel marche l'image et négatif celui dont elle s'éloigne.

La marche de l'image est d'autant plus rapide et la déviation d'autant plus grande que la pile et l'aimant sont moins faibles et que la différence entre le potentiel de l'un des métaux et celui de l'autre est plus grande.

Une grande déviation est en rapport avec un fort courant ; une déviation légère est l'indice d'un courant faible.

La plus grande déviation est obtenue avec l'or et le zinc. Aussi l'or est-il le premier sur la liste que nous avons dressée des métaux d'après leur tension et le zinc le dernier.

Les métaux qui se rapprochent le plus de l'or sont de polarité positive ; ceux qui se rapprochent du zinc sont de polarité négative.

En comparant cette classification à celle que nous avions établie d'après l'intensité des réactions provoquées sur nos sujets par l'application de ces différents corps pendant le même temps, nous les avons trouvées identiques, ce qui est une nouvelle preuve de sincérité des sujets.

Voilà donc démontré le mode d'action des applications métalliques : c'est une action électrique, comme celle que produisent les pôles de l'aimant, les conducteurs des appareils statiques, les pôles d'une pile, car on sait qu'une seule électrode d'un courant voltaïque, si l'appareil est isolé, détermine les mêmes changements d'état que le pôle d'un aimant.

Si les phénomènes varient avec le métal employé, alors que le lieu d'application ne change pas de côté soit sur le buste, soit sur les membres, ou avec un même métal appliqué sur des régions appartenant à un côté différent, la cause en est, dans le premier cas, dans la différence des potentiels des métaux employés, dans la différence de polarité des régions sur lesquelles l'application a lieu, dans le second.

Si nous expérimentons l'or, par exemple, sur une anesthésique gauche, voici ce que nous observons : le métal appliqué sur le côté gauche du buste (qui est positif), provoquera ou une exagération de l'anesthésie qui pourra passer inaperçue ou ne produira aucun effet. Si nous nous en tenons là, on pourra dire que le sujet n'est pas sensible à l'or.

Mais si je fais l'application sur le côté droit du buste (lequel est négatif), il y aura transfert suivi du retour de la sensibilité des deux côtés, et cette fois on dira que la malade est sensible à l'or.

Si je me sers de l'étain, qui est négatif, et que je l'applique sur le côté gauche anesthésié (+), cette application, qui est hétéronome, ramènera d'emblée la sensibilité, d'où l'on conclura que le sujet est sensible à l'étain. Mais il sera considéré

(1) D'après le Dr Vigouroux, quand une pile est bien isolée, l'application d'un seul de ses pôles donne lieu aux mêmes modifications de la sensibilité que le courant lui-même. Voir Dr Douglas Aigre. Etude clinique sur la Métalloscopie, p. 75.

comme insensible à ce métal, si l'application porte sur le côté droit (—), parce que cette application qui est isonome ne saurait diminuer l'anesthésie.

Si l'on opère sur les membres, l'application de l'or sur le côté externe (+), ne résoudra pas l'anesthésie, qui cessera par une application sur le côté interne. (—) Dans le premier cas le malade paraîtra insensible à l'or ; dans le second cas, il sera reconnu très sensible.

Ce que nous avons dit pour l'or et l'étain est applicable à un métal quelconque. Du moment que l'application en sera faite en position isonome, elle maintiendra ou augmentera l'anesthésie, ou la contracture, tandis qu'avec la position isonome il y aura retour de la sensibilité et résolution de la contracture.

Une application isonome, quel que soit le métal, est toujours anesthésiante ou contracturante; une application hétéronome est toujours esthésiante ou décontracturante.

Quand on applique simultanément deux métaux de polarité différente, en direction transversale et sur le même côté d'un membre ou du buste, l'effet est nul, parce que dans ce cas l'action positive de l'un est détruite par l'action négative de l'autre. Il en est de même quand on remplace les métaux par les deux électrodes d'un courant continu faible, ou deux pôles d'aimant.

Si les deux métaux sont appliqués *longitudinalement*, en dehors de la ligne médiane, il n'en est plus ainsi, et cela, parce que cette application équivaut à celle d'un courant de pile et que les effets du courant longitudinal varient suivant que sa direction est la même que celle du courant de la région qui lui est opposée. Une direction de même sens équivaut à une application polaire hétéronome, une direction en sens inverse, à une application polaire isonome.

En résumé, l'application de deux métaux équivaut à l'application des deux pôles d'un aimant, des deux pôles d'une pile ; l'application d'un seul métal équivaut à celle d'un seul pôle. L'application bi-polaire engendre un courant qui est, suivant la position des pièces métalliques, transversal ou longitudinal.

L'application transversale n'agit que par la position isonome ou hétéronome des métaux ; l'application longitudinale, que par le sens du courant.

Les applications isonomes et les courants de sens inverse sont anesthésiants, anémiants, contracturants ; les applications hétéronomes et les courants de même sens sont décontracturants, hyperesthésiants, congestionnants.

L'électricité développée par les applications métalliques est inhérente à la nature de ces corps ; elle est leur rayonnement même et ne provient pas de l'action chimique que la sueur exerce sur eux, puisque, comme les aimants, les métaux peuvent agir sans contact.

Mais, dira-t-on, comment expliquer l'action des plaques métalliques à distance ? Nous l'expliquons ainsi : les métaux possèdent, comme tous les corps de la nature, un rayonnement électrique, c'est-à-dire la propriété de transmettre à l'éther ambiant, les vibrations de leurs molécules. Cette électricité rayonnante agit sur celle des différentes régions de l'organisme comme l'électricité de frottement agit sur les corps qu'on approche des appareils qui la fournissent, ou encore comme les pôles d'un aimant sur les pôles d'un autre aimant, c'est-à-dire en produisant l'attraction ou la répulsion, suivant les pôles ou les fluides mis en présence : en position isonome il y a répulsion, en position hétéronome il y a attraction, en vertu du principe « que les fluides et les pôles de même nom se repoussent, que les fluides et les pôles de nom contraire s'attirent ».

Bien que la répulsion et l'attraction dont nous parlons n'aient pas la même évidence pour l'observation superficielle que celle que l'on provoque à l'aide d'un aimant et d'une boussole, ces phénomènes n'en sont pas moins réels.

Quand en effet la position est isonome, les éléments contractiles de tous les tissus se resserrent, les vaisseaux diminuent de calibre, le sang quitte la périphérie, la peau devient froide et exsangue, le membre perd de son volume, ce qui met sa surface à une plus grande distance du métal maintenu immobile et sans contact avec le sujet.

Quand la position est hétéronome, les changements sont inverses : les muscles se détendent, les vaisseaux se gonflent, le sang est rappelé à la périphérie, le membre augmente de volume et se trouve par le fait rapproché de la plaque métallique.

Or, qu'est-ce qu'un éloignement provoqué, sinon de la répulsion, et un rapprochement, sinon de l'attraction ?

D'ailleurs, chez les sujets très sensibles, l'attraction et la répulsion sont si manifestes pendant l'état hypnotique que ces individus peuvent être renversés et mis en même temps en léthargie rigide par le voisinage d'un aimant ou d'un métal tenu par l'opérateur en position isonome et être attirés vers celui-ci quand la position est hétéronome, de telle façon que s'il marche à reculons, les sujets le suivent jusqu'à ce qu'il ait retourné son aimant ou inversé la position du métal.

L'interposition d'un corps opaque, tel que paravent, porte, entre l'expérimentateur et le sujet, n'empêche nullement le phénomène de se produire, de même qu'une semblable interposition n'est pas un obstacle à l'action d'un aimant sur le fer doux ou sur un autre aimant.

Les changements que produisent les applications métalliques, très accusés chez les sensitifs hypnotisables, le sont à un degré beaucoup moindre chez ceux qui ne peuvent être endormis. C'est ainsi qu'au lieu d'une contracture ou d'une anesthésie, on peut, par une application isonome ou un courant de sens inverse, ne provoquer chez ces derniers qu'un peu de raideur musculaire, une légère diminution de la sensibilité ou quelques fourmillements.

Mais toujours ces changements disparaîtront par le fait d'une application opposée, ce qui prouve bien que les réactions ne dépendent pas de la nature du métal ou du courant de la pile, mais de la position isonome ou hétéronome de l'un, et de la direction relative de l'autre.

Chez les sujets normaux (non entachés d'hystérie), les applications métalliques comme les applications d'aimants, si elles sont faites en dehors de toute maladie, peuvent ne produire aucun effet appréciable.

Mais il n'en est plus ainsi quand il existe un état morbide. Dans ce cas les troubles caractérisés par le spasme (musculaire ou vasculaire)

s'améliorent ou disparaissent avec les applications hétéronomes et augmentent par des applications inverses ; les états qui s'accompagnent de congestion, d'hyperesthésie, de relâchement musculaire, exigent les applications isonomes et empirent par les applications hétéronomes.

(A suivre).

CORRESPONDANCE

A propos de l'étiologie de la tuberculose.

Monsieur le Directeur,

La question de la tuberculose est devenue tellement importante pour l'avenir de la Société française qu'il est du devoir de chaque médecin d'apporter sa pierre à l'édification de la barrière derrière laquelle nous voudrions la parquer, tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen de la guérir.

Une communication récente de M. le Pr Colin à l'Académie m'engage à vous adresser les renseignements suivants : j'ai été appelé à faire un remplacement médical dans le département de Seine-et-Marne, aux portes de Melun, dans cette partie de la Brie qu'on est convenu d'appeler la grande culture et voici au point de vue de la tuberculose les renseignements et les impressions cliniques que j'ai à rapporter.

La tuberculose se répand avec une rapidité surprenante dans cette région où elle était très peu connue il y a 25 ans ; elle attaque surtout les enfants, même ceux dont les parents sont forts et pleins de santé et par conséquent où l'hérédité est hors de cause. Ils sont atteints de cette tuberculose de la campagne que nous avons tous soignée, qui dure des années et qui n'en est que plus terrible dans ses conséquences sociales puisqu'elle permet au malade de vivre, de procréer et de semer la tuberculose dans ses descendants.

On voudra bien remarquer que dans la région dont je parle, il n'y a pas de malheureux pour ainsi dire, et que le fléau frappe aussi bien dans la classe aisée et même dans la classe riche que dans la classe ouvrière, et que d'autre part les conditions de soins, de nourriture, d'habitation, de bien-être, d'hygiène en un mot dans son sens le plus large) sont de beaucoup supérieures à celles qui existaient il y a 25 ans ; qu'il en résulte forcément que le mal réside dans une question locale qui engendre la tuberculose et crée partout des foyers dont les ramifications ne tarderont pas, si on n'y prend garde, à prendre une extension considérable.

Or cette cause, la voici :

Dans cette partie de la Brie, si fertile, si bien cultivée on récolte en grand la betterave.

Primitivement la betterave servait soit à la consommation sur place pour les vaches pour pousser au lait, soit à faire du sucre dans des sucreries où la plus grande partie de la pulpe après expression était perdue faute d'emploi.

Or aujourd'hui la betterave ne fait plus du sucre, mais de l'alcool, qui est plus avantageux, et la fabrication se fait dans les cultures mêmes qui ont annexé une distillerie à chaque ferme importante et qui transforment les betteraves en alcool aussitôt la récolte.

La pulpe de betterave reste alors dans la ferme et est conservée pendant des mois dans la terre en silos pour servir à la nourriture des ruminants, bœufs, vaches et moutons. On mélange cette pulpe avec des menues-pailles, et l'expérience a prouvé que par ce moyen on pouvait non seulement nourrir le bétail, mais surtout l'engraisser.

Or le point délicat, c'est que cet engraissement est le stade bien connu de transformation graisseuse de la tuberculose et cela est si vrai, que les propriétaires ne gardent pas les bœufs ou les moutons gras ; ils les vendent à tout prix, ils saisissent le moment, car ils savent que cette graisse factice n'a qu'une durée éphémère et qu'une seconde période, la transformation purulente, va survenir avec toutes ses conséquences d'amaigrissement et de dépréciation absolue de la marchandise.

Le fermier achète donc au commencement de la saison de travail des bœufs maigres dans le centre de la France ; ils lui font ses travaux ; pendant ce temps il les nourrit avec la pulpe qui développe en eux la tuberculose ; après les travaux il pousse un peu plus à la nourriture et favorise la transformation graisseuse, puis il vend ses bœufs qu'il ne conserve jamais qu'une année et pour cause.

Or ces animaux, bœufs ou moutons, de belle apparence, sont vendus facilement pour les grandes villes à une époque où la maladie, n'étant pas suffisamment avancée, n'empêche pas la consommation ; ceux qui pourraient être refusés à la ville, les bœufs ou moutons qui toussent et qui maigrissent, sont consommés dans les campagnes où la surveillance des tueries n'existe pas.

Voilà pourquoi dans cette région il est impossible de manger de la viande saignante de bonne qualité, celle de mouton surtout, plutôt destinée au rôti que le bœuf qui fournira habituellement à la campagne le pot au feu.

Comme l'habitude de manger la viande saignante se répand, disons plus, se prescrit, la tuberculose se développe en toute liberté chaque fois qu'elle trouve un terrain d'élection.

Je crois qu'il est impossible d'être plus précis dans les caractères de cette évolution ; la preuve en est d'ailleurs bien facile à faire, il suffit d'aller voir et de se renseigner ; tous les médecins de la région pourront certifier ce que j'avance.

Je n'ai parlé que des cas de tuberculose naissant sur place et y évoluant, mais il est facile d'y ajouter par la pensée les cas non moins nombreux certainement qui se développent chez les ouvriers de passage dans cette région, qu'ils viennent de France ou de Belgique faire les travaux d'été : ils retournent ensuite dans leurs familles souvent atteints par le germe de la maladie dont ils vont devenir de nouveaux foyers.

Ce fait que je signale à la porte de Paris, dans un rayon connu, n'est certainement pas isolé ; partout où la betterave se transforme en alcool la pulpe est utilisée et engendre la tuberculose animale, de là à l'espèce humaine il n'y a qu'un pas, le terrain d'élection.

Ainsi devant de pareils faits, patents, certains, malgré le septicisme qu'on peut afficher, malgré les spirituelles railleries qu'un maître peut formuler, le praticien qui a vu et s'est rendu compte d'une façon indiscutable de l'évolution de la tuberculose, a le devoir de mettre en lumière des faits aussi importants, heureux s'il peut en sortir des mesures prophylactiques efficaces.

Il est certain que si la découverte du bacille de Koch n'a pas fait faire un grand pas à la thérapeutique de la tuberculose, elle a néanmoins posé la question d'une façon très nette et stimule le zèle de tous les médecins qui travaillent à la résolution de ce grand problème, la guérison de la tuberculose.

Tant que le remède ne sera pas découvert, il faut du moins que tous s'unissent pour empêcher la propagation dont la marche est maintenant connue, et il est malheureusement probable que faute de mieux, nous en serons encore longtemps réduits à dire :

Eviter la contagion, c'est guérir la maladie.

Dr E. DUPREX.

VARIÉTÉS

Une question de priorité.

Monsieur le directeur,

En lisant, il y a quelques semaines, la communication à l'Académie des sciences de M. le professeur Brown-Séquard au sujet des injections hypodermiques de suc testiculaire de cobaye comme succédané de la fontaine de Jouvence, il est sans doute bien peu de médecins qui aient douté de l'originalité de la méthode.

Et cependant l'idée première en est bien ancienne, car on lit dans un antidotaire en vers latins compris dans un manuscrit de la Bibliothèque nationale (lequel est du XIII[e] siècle) le passage suivant :

Vulpis testiculus sopita cupidinis arma
Aptat, et affectum veneri........ dat.

La notion s'en perpétua parmi les médecins du XVI[e] et du XVII[e] siècle qui recommandaient *vulpis testes* avec ceux d'autres *animalia salacia* comme aphrodisiaques.

N'est-ce pas le cas de répéter cet aphorisme, devenu banal à force d'être vrai « nil novi sub soli » ?

Cette réminiscence, d'ailleurs, ne diminuera en rien les droits de M. le professeur Brown-Séquard à la reconnaissance de l'humanité s'il réalise les espérances que sa méthode a déjà fait concevoir aux faibles et aux affligés de ce monde, à moins que quelque esprit chagrin ne répète avec Max Simon que « c'est dégrader la médecine que de faire de cette science austère le complément de l'art des courtisanes. »

Recevez, monsieur le directeur, l'assurance de mes sentiments respectueux.

2532

L'invasion des criquets en Algérie en 1888 et 1889.

L'invasion des criquets qui dévasta, en 1888, le département de Constantine, a de nouveau exercé ses ravages cette année dans les mêmes régions. Afin de combattre ce redoutable fléau, toutes les forces vives de la province ont été mobilisées. Européens et indigènes ont été réquisitionnés et des troupes ont été expédiées des trois départements algériens. A Aïn-Alid, à l'Oued-Zénati notamment, des monceaux de criquets ont été rassemblés et brûlés.

Aujourd'hui, la première phase de la lutte est terminée. Les insectes échappés au massacre achèvent leur dernière mue ; ils sont ailés et de criquets deviennent sauterelles. Ils se rassemblent en vols, que le vent promène d'une manière générale du sud-ouest vers le nord-est. Ils vont s'abattre sur d'autres régions, y ravager ce qui reste sur la terre, s'y accoupler, y pondre et y mourir. Tout cela sera vite fait, et c'est en quelque sorte le prodrome de la campagne de 1890.

On peut dès maintenant, dit le *Temps*, approximativement, mais d'une manière très suffisante, dresser le bilan de celle de 1889. Le voici :

L'invasion actuelle des criquets se poursuit depuis cinq ans. Certains arrondissements, par exemple celui de Sétif, sont ravagés plus ou moins complètement, chaque année, depuis cette époque. Négligée au début, elle n'a fait que gagner chaque année. Ce n'est qu'en 1888 que des résultats appréciables ont commencé à être atteints. Ce n'est qu'en 1889 qu'une victoire relative a été remportée.

En 1888, 1,500,000 hectares au moins, sur 5,976,197 dont se compose le territoire civil du département, ont été infestés. Depuis la fin de mars jusqu'aux premiers jours de juin, 850 chantiers de destruction fonctionnèrent avec 60,000 travailleurs ; 2,000 soldats ont aidé les indigènes. Ceux-ci ont formé un total: 1,916,242 journées de travail, les colons 8,988, les militaires 23,625. Cet effort a abouti à la destruction de 38,385 mètres cubes de criquets. Suivant les calculs de M. Kunckel d'Herculais, et en ajoutant à cette somme les œufs détruits à l'aide du ramassage, on trouve que le nombre des acridiens mis à mort est d'environ *douze cent milliards*.

Il n'est pas encore possible d'établir le bilan définitif de la campagne de 1889, mais on peut présenter comme très approchés ceux des chiffres suivants qui ne sont pas absolument exacts.

Le ramassage des œufs de criquets, commencé au mois de septembre 1888, a été officiellement clos le 10 janvier 1889. Ce ramassage était volontaire ; une prime de 1 fr. 50 par double décalitre était donnée aux ramasseurs. Il a été payé de ce chef 580,480 francs, et ramassé environ 380,000 à 400,000 doubles décalitres. Quelques ramasseurs, sur certains points, ont dû gagner jusqu'à 6 francs par jour.

Les premières éclosions ont été signalées le 20 mars, et le jour même a commencé la lutte.

Le gouvernement général a fourni au département 4500 appareils cypriotes, soit *deux cent vingt-cinq kilomètres de toile*. Rangée le long de la route, cette bande irait presque de Constantine à Biskra, et, tendue à travers la mer, de Tunisie jusqu'en Sicile.

Les opérations proprement dites de la lutte contre les criquets marchant ont commencé, progressivement à se restreindre à partir du 1[er] juin. Elles ont employé 96,113 indigènes, sous 296 moniteurs européens, chargés de diriger les chantiers. Le nombre des militaires employés a été de 5,755 ; un bataillon de zouaves, des légionnaires, des tirailleurs sont venus de la province d'Oran. Au 15 juin, le nombre des journées relevées approchait de *deux millions*, et la masse des criquets détruits de 40,000 mètres cubes.

De tous ces chiffres, un peu secs, mais singulièrement instructifs, ressort une comparaison curieuse. C'est qu'en 1889, l'effort fait, qui est certainement le maximum que le pays puisse donner, n'est pas énormément plus large que ne l'ont été l'effort et le résultat de la campagne de 1888. Le nombre des journées se tient toujours aux environs de 2 millions, le cube des insectes détruits aux environs de 40,000 mètres cubes. Et cependant en 1888 on a été débordé, les dommages ont été immenses ; en 1889, le dommage réel est très faible, les récoltes sont peu atteintes ; les orges et les fourrages n'ont pas perdu 5 pour 100, et les insectes volants ne peuvent rien leur faire, vu que maintenant tout est rentré.

Cette différence profonde qui, avec les mêmes chiffres, nous fait voir une défaite et une victoire, tient uniquement à la meilleure organisation de la défense, au plus grand nombre des appareils et au commandement mieux réglé. En effet, en 1889, le même cube de criquets représente un nombre d'animaux infiniment plus considérable : au lieu de les laisser grandir, on les a saisis tout petits, à peine plus gros que des mouches, dans les dix premiers jours de leur éclosion partout du moins où on l'a pu. Ensuite, on ne leur a pas laissé parcourir d'aussi grands espaces ; attendu

signalés sans retard, ils ont été exterminés près de leurs points de départ, sans avoir eu le temps de faire beaucoup de ravages.

(*Gazette médicale de l'Algérie*).

REPORTAGE MÉDICAL

Le Conseil général de Lot-et-Garonne a voté 1.000 fr. pour envoi d'enfants cachectiques dans les stations maritimes, et celui du Pas-de-Calais 22.000 fr. — C'est de l'argent bien placé, qui produira de grosses économies à ces départements bien avisés.

Corps de santé militaire. — Le ministre de la guerre a décidé que, par dérogation aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 13 juillet 1889, les engagés conditionnels d'un an, reçus docteurs en médecine ou possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, seront admis à bénéficier, cette année encore, des dispositions de la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886, modifiée par le décret du 6 avril 1888. Ils pourront, en conséquence, sous la réserve d'avoir satisfait à l'examen réglementaire, être appelés à remplir, soit dans leur corps, soit dans un hôpital militaire ou militarisé, les fonctions de médecin auxiliaire.

Diverses *épidémies* plus ou moins graves sont annoncées : en Turquie la fièvre dengue ; la variole à l'île Maurice ; la rougeole à Nouméa. Ces diverses épidémies ne paraissent pas graves et heureusement malgré l'exode provoquée par l'exposition, notre pays paraît destiné à être indemne cette année.

Il y a eu en France en 1888 17.000 naissances *légitimes* de moins qu'en 1887. Les naissances naturelles compensent dans une petite mesure cette triste diminution.

Tous les médecins de Rodez, requis pour des cas d'*expertise médico-légale*, se sont refusés à se rendre à cette demande. On a eu recours à un médecin éloigné de 20 kilomètres, qui, informé, imita ses confrères. On a dû conserver le cadavre pour faire opérer après plusieurs jours l'autopsie par un médecin de Montpellier. Il est temps de réformer la loi, de spécialiser cette branche de la médecine et de nommer des médecins légistes, après concours. Alors, la fonction une fois créée, on serait obligé d'en venir à une honorable rétribution.

On signale des cas de *choléra* (probablement sporadique) en Autriche. On signale aussi des épidémies en Chine (à Pékin) et en Asie.

En juillet, 173 personnes ont été traitées à l'*Institut Pasteur*. Deux sujets mordus, l'un au bras, l'autre à plusieurs places des deux bras ont succombé malgré le traitement.

Un *interne* de l'hôpital Cochin M. *Alcindor*, s'est noyé accidentellement dans le cours d'un voyage en Suisse. Ses collègues et amis ont assisté en grand nombre à son service funèbre à Paris.

Le Concours pour les prix à décerner aux externes des hôpitaux et la nomination aux places d'Elèves externes, vacantes en 1890, aura lieu le 21 octobre. Tous les externes sont tenus de prendre part au concours pour les prix. Il doivent se faire inscrire à l'Assistance publique jusqu'au 5 octobre.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

La deuxième livraison des sciences biologiques en 1889 paraît cette semaine. Voici son intéressant sommaire :

Chimie médicale et biologique, par M. ED. EGASSE qui compare les alcaloïdes végétant avec les Ptomaïnes et Leucomaïnes ou alcaloïdes animaux.

L'Anthropologie à l'Exposition de 1889, par M. le Dr P. TOPINARD.

Les races exotiques à Paris : 1. *Les Angolais*, par J. DENIKER, avec belles photographies inédites de prince Roland Bonaparte.

Les eaux minérales en France avant 1789 et de 1789 à nos jours, par M. BARTHE DE SANDFORT.

Etudes microbiologiques, morphologie générale des Bactéries, par M. le Dr DUBIEF, avec de nombreuses gravures de bactéries et de Bacilles si bien détachées que par un simple coup d'œil on est au courant de cette importante question. Le texte est également d'une grande clarté pour un sujet que l'on pourrait croire aride.

Coup d'œil historique sur les idées dominantes en Zoologie depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, par notre confrère du « Concours médical », le Dr H. LABONNE.

Considérations sur l'hygiène infantile ancienne et moderne, par M. le Dr AUVARD, accoucheur des hôpitaux. Charmante étude sur le berceau à travers les âges. Dessins d'Enfants romains, Egyptiens, nourrice au moyen âge. Berceaux de Vaucluse, de Corse, des Landes, de la Touraine, etc.

Prix de la livraison **1 fr. 25**. L'ouvrage complet formera de 25 à 30 livraisons. On souscrit au prix de 30 francs payable en une fois ou par tiers. Adresser les demandes à MM. Rongier et Cie, éditeurs du Concours médical, place de l'Ecole de médecine (4, rue Antoine-Dubois).

Nous avions promis de revenir sur le manuel d'hygiène scolaire de notre collègue du Concours médical, M. EMILE BARTHES. Ce livre rendra les plus grands services aux instituteurs et même aux Lycées et Collèges. L'hygiène scolaire en général, le programme de Gymnastique rationnelle, etc., y sont très bien traités, ainsi que la prophylaxie des maladies infectieuses sévissant sur les écoliers. Prix 2 fr. 50, 20 % de remise à MM. les membres du Concours.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Vaccine ulcéreuse et syphilis vaccinale.

M. *Hervieux*, qui avait fait part récemment à l'Académie de plusieurs cas si regrettables de transmission de la syphilis par le vaccin humain, a rapporté dans la séance du 18 septembre une épidémie fort singulière d'accidents ulcéreux survenus chez presque tous les enfants vaccinés dans une école communale du Nord.

Voici les faits :

Le 14 août dernier, M. le docteur Decouvelaere, médecin à Hazebrouck, informait l'Académie qu'il avait été appelé dans une commune des environs de cette ville pour donner des soins à un certain nombre d'enfants vaccinés *treize jours* auparavant (31 juillet 1889). Un médecin du bureau de bienfaisance de la Motte-aux-Bois s'était présenté à l'Ecole communale et avait vacciné tous les enfants, garçons et filles.

Sur 38 enfants, 37 avaient présenté des lésions auxquelles M. Decouvelaere ne crut pas devoir attribuer le caractère syphilitique.

Le 21 août, c'est-à-dire sept jours plus tard, le confrère d'Hazebrouck adresse à l'Académie une seconde lettre dans laquelle il signale de nouveaux faits qui auraient dissipé tous ses doutes et qui lui paraissent démontrer la nature vraiment syphilitique des accidents observés.

M. Hervieux se transporta à la Motte-aux-Bois, pour faire une enquête.

Il résulte des renseignements recueillis que les accidents ont éclaté du huitième au dixième jour après la vaccination. Chez tous les enfants le vaccin avait été inoculé par trois piqûres à un seul bras. Les boutons vaccinaux se sont montrés du deuxième au troisième jour ; ils ont été de très bonne heure le siège d'une violente inflammation, ont rapidement augmenté de volume. Dans presque tous les cas, au bout de dix jours, les trois boutons étaient transformés en une plaie suppurante de mauvais aspect.

Le Dr Decouvelaere, qui a examiné les enfants le treizième jour après la vaccination, s'exprime ainsi : « Les moins malades présentent trois ulcérations herpétiques, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Le fond est grisâtre, les bords durs, surélevés, réguliers et entourés d'une auréole inflammatoire. D'autres, plus atteints, présentent des ulcérations plus vastes, suppurant beaucoup, à bords taillés à pics et irréguliers, avec de l'induration périphérique plus profonde, d'une étendue plus considérable, œdème de tout le membre. D'autres sont plus malades encore ; les ulcérations se sont réunies pour n'en former qu'une seule occupant la région externe du bras. Suppuration abondante et œdème considérable. Chez quelques sujets, l'érythème produit par le contact de l'écoulement, semble recouvert de fausses membranes. Chez l'un de ces enfants, les ulcérations sont réunies et atteignent la dimension d'une pièce de cinq francs. »

A cette époque, M. Decouvelaere inclinait à croire qu'il ne s'agissait pas de syphilis. Le 25 août, l'épidémie était en voie d'apaisement. Les familles, voyant les accidents se calmer sous l'influence des soins et de la sollicitude dont on les entourait, se rassurèrent un peu, et cependant M. Hervieux put constater à quel degré d'intensité était encore porté le caractère inflammatoire des lésions.

Ce qui le frappa tout d'abord, ce fut la pluralité des ulcérations ; autant de piqûres, autant d'ulcérations. En second lieu, l'étendue considérable des ulcérations. A cette époque, il est vrai, un certain nombre d'entre elles étaient en voie de cicatrisation. Mais sur ces dernières, comme sur celles qui ne se cicatrisaient pas, on pouvait constater que les dimensions avaient souvent dépassé celles d'une pièce de 50 centimes ou même d'un franc. Leur surface était généralement lisse, bour-

geonnante, d'un rouge vif, comme celle d'un vésicatoire, quelquefois inégale, grisâtre et de mauvais aspect. Les bords, qui semblaient affaissés et comme arrondis quand l'ulcère marchait vers la cicatrisation, étaient au contraire surélevés et taillés à pic chez les sujets dont les plaies vaccinales n'avaient pas encore été modifiées par le traitement. Une circonstance digne de remarque, et qui a été comme la caractéristique de cette épidémie, c'est l'abondance extrême et, dans quelques cas, la fétidité de la suppuration. Les pièces de pansements en étaient toujours plus ou moins imprégnées.

Sur un certain nombre d'enfants, M. Hervieux a reconnu par la pression de l'ulcération saisie au niveau de ses bords, entre l'index et le pouce, l'existence d'un cercle induré en forme de rondelle de cuir, mais plus souvent encore, la résistance de ce cercle paraissait empâtée et comme œdémateuse. Dans trois ou quatre cas seulement, l'observation a noté la formation d'une croûte épaisse, jaunâtre, recouvrant l'ulcère sous-jacent, et l'enchâssant à la façon d'un verre de montre.

Les adénopathies n'ont pas fait défaut, les ganglions étaient généralement petits, durs et indolents. Ils ont atteint plusieurs fois le volume d'un haricot et même d'une noisette, mais c'était dans les cas où les accidents inflammatoires avaient acquis un degré exceptionnel d'intensité.

La plupart des complications observées étaient dues également à la violence de l'inflammation. Telles ont été la tuméfaction et la rougeur des parties avoisinant les grandes ulcérations, tel a été l'œdème de la totalité du membre supérieur.

Telles ont été encore les éruptions diverses, érythémateuses, papuleuses, ecthymateuses, les unes spontanées, d'autres produites par le liquide purulent. Tels ont été enfin les phénomènes généraux suivants ; fièvre, diarrhée, délire, signalés par les familles dans quelques cas.

Il importe de noter que chez tous les enfants, même les plus fortement atteints, la santé générale n'avait pas souffert. Il est vrai qu'il ne s'agissait pas de nouveau-nés, mais de sujets appartenant à la seconde enfance pour la plupart, et dans de bonnes conditions au point de vue de l'hygiène et de la constitution.

M. Hervieux passe alors en revue toutes les circonstances qui lui paraissent favorables à l'hypothèse d'une syphilis vaccinale.

Au premier rang, il faut placer l'induration circum ulcéreuse, induration tantôt limitée au pourtour de l'ulcération et justifiant l'appellation de rondelle de cuir qui lui a été appliquée, tantôt formant la base de la lésion et la soustendant à la manière d'une couche de tissu plus ou moins serré. Pourtant l'induration affectait rarement le caractère de dureté, mais beaucoup plutôt la forme d'un empâtement comme œdémateux.

En second lieu, il faut mentionner les adénopathies constatées dans un grand nombre de cas, ganglions axillaires, ganglions épitrochléens d'un volume qui varie de celui d'une lentille à celui d'une petite noix, habituellement durs et indolents.

En outre l'aspect de certaines ulcérations à bords élevés, comprenant toute la hauteur du derme et taillés à pic comme ceux du chancre simple, est à considérer. Le fond de quelques-unes avait un mauvais aspect, une couleur grisâtre, parfois même une apparence diphtéroïde ; et dans quelques cas plus rares une croûte jaunâtre ou verdâtre recouvrait l'ulcération.

Enfin, comme preuve à l'appui d'une contamination syphilitique, on pourrait invoquer: 1° l'âge des sujets vaccinés (2e enfance) ; 2° la constitution de ces enfants, la plupart sains et robustes. Or, on sait que la vaccine ulcéreuse se présente surtout chez les jeunes enfants, et notamment chez les sujets débiles, lymphatiques ou scrofuleux ; 3° le milieu salubre dans lequel vivaient ces enfants.

M. Hervieux ajoute que la mère d'un des enfants vaccinés aurait été contaminée. Voici ce que dit à ce sujet le Dr Decouvelaere ; « Une mère, après s'être frotté les yeux avec une main souillée de virus provenant du bras de son enfant,

---

FEUILLETON

Le chapeau haut de forme.

RÉPLIQUE AU Dr CORRIVEAUD.

Tout peut se soutenir, le parlementarisme et la garde nationale, le chapeau de soie et la bouillabaisse, surtout lorsque l'avocat apporte à la défense énormément de verve, comme le Dr Corriveaud, qui nous a habitués à ses spirituelles prodigalités.

Mais les sophismes seuls ont besoin d'un tel renfort de belle humeur, pour se faire accepter. On peut être ébloui par de pareils feux d'artifices à jet continu, mais non convaincu.

Notre confrère a une sympathie profonde pour les gibus ; c'est un véritable Saint-Vincent de Paul pour ces tubes disgracieux. J'admire sa bienveillance ; mais je proteste énergiquement, lorsqu'il vient nous dire que son protégé est commode et distingué.

Alors les compatriotes de Naquet auraient le monopole de la distinction, grâce à leur couvre-chef?

C'est peu flatteur pour les autres habitants de l'Europe, même les plus hauts personnages, qui ont peu à peu renoncé à porter ce tube encombrant.

Voilà bien l'effet de l'habitude ; on se fait peu à peu une optique spéciale et on arrive à ne plus être offusqué par les laideurs les plus repoussantes. C'est l'histoire du garde municipal qui surveille le cancan à Bullier ; il finit par ne plus le trouver si indécent et voudrait même y prendre part.

Ah ! comme Henri Heine avait raison de redouter même le voisinage d'une femme contrefaite ! Il pensait prudemment qu'à force de voir le même laideron, on oublie ses imperfections et on est capable, après un certain temps d'abstinence et avec un régime échauffant, d'aspirer à devenir pour elle autre chose qu'un frère !

Le Dr Corriveaud est victime de la même illusion et sa tolérance lui fait aujourd'hui fermer les yeux sur la repoussante réalité.

Mais d'abord il est démesurément allongé votre tuyau de prédilection et il n'y a rien de moins artistique que la ligne droite ; rappelez-vous les femmes rectilignes, sans aucun accident de ter-

a vu survenir sur la paupière inférieure gauche un bouton, aujourd'hui ulcéré et induré. »

M. Hervieux a constaté l'existence de cette ulcération, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, dont l'induration ne lui parut pas bien nette. Il résulte de renseignements plus récents, que la lésion suspecte est cicatrisée.

Le vaccinifère est un garçon de 9 ans, d'une bonne constitution et d'une santé parfaite ; il ne présentait aucune trace de syphilis. Cet enfant, il est vrai, avait de nombreux ganglions indurés, mais rien ne permettait d'attribuer ces adénopathies à la syphilis. Cependant les parents se sont refusé à tout examen en ce qui les concerne ; c'est là une cause de suspicion, rien de plus. Le père, est un ancien militaire.

Or, tous les preuves précédentes qui semblaient devoir plaider en faveur d'une syphilis, s'écroulent, en quelque sorte sous le poids d'un seul argument, la durée de l'incubation. D'après le docteur Decouvelaere, les accidents étaient tous développés au 13me jour de la vaccination, et *la lésion avait toujours eu une incubation inférieure à 12 jours.*

S'il s'agissait ici de lésions syphilitiques, ces faits renverseraient toute la loi qui préside à l'évolution de la syphilis vaccinale. M. Fournier a écrit, en effet, que la syphilis vaccinale ne débute jamais avant le 15e ou le 20e jour. D'ailleurs l'évolution des lésions, les caractères cliniques que nous avons énumérés s'accordent mal avec l'hypothèse d'une syphilis. M. Hervieux réserve donc sa conclusion jusqu'à l'apparition éventuelle des accidents secondaires.

M. *Fournier* a pris la parole aussitôt après M. Hervieux pour bien préciser l'état de la question.

« Il est absolument impossible, a-t-il dit, d'être fixé à l'heure actuelle sur la qualité des accidents dont vient de nous parler M. Hervieux, d'abord parce que personne de nous — en dehors de M. Hervieux — n'a vu ce dont il s'agit, et ensuite parce qu'il s'agit là de choses singulièrement difficiles et délicates.

S'agit-il de la syphilis ? Il y a certainement quelques raisons qui plaident en faveur de cette hypothèse, par exemple le refus du père et de la mère à se laisser examiner ; c'est là, à coup sûr, une preuve morale très sérieuse, mais il y a, dans l'évolution de ces accidents, des anomalies telles que le diagnostic de la syphilis peut être récusé. M. Hervieux nous a, en effet, parlé d'accidents inflammatoires intenses, de lymphangites, d'œdème, de fièvre, de délire même, tous phénomènes qui font habituellement défaut dans la syphilis vaccinale, sauf peut-être quand celle-ci se manifeste chez de tout jeunes enfants.

De plus, on nous a parlé d'incubations de 2, de 8 jours ; ce sont là des anomalies dans l'évolution de la syphilis. La clinique nous a appris, en effet, que le chancre n'apparaissait qu'après une incubation de 28 à 30 jours et les expérimentations qui ont été faites ont donné une moyenne de 24 jours pour l'incubation de la vérole. Il est donc difficile d'admettre que les accidents dont il s'agit sont syphilitiques.

On a dit que la mère d'un des enfants malades a été inoculée à l'œil par son enfant, et la lésion qu'elle a eue a été diagnostiquée : chancre syphilitique, mais si je me reporte à ce que je viens de dire, je trouve que l'infection syphilitique de la mère, — en admettant une incubation de 25 jours — aurait eu lieu à une date antérieure à celle de la vaccination des enfants. Cet accident qu'a présenté la mère n'est donc nullement en faveur de l'hypothèse d'une syphilis.

Le diagnostic est donc douteux ; il nous faut encore attendre quelque temps ; s'il s'agit vraiment de syphilis, nous assisterons bientôt à l'éclosion des accidents secondaires, et alors seulement le diagnostic sera assuré ; s'il ne s'agit que de vaccine ulcéreuse, les enfants seront définitivement guéris. »

Quoi qu'il en soit, ajouterons-nous, et bien qu'il semble à priori, s'agir d'une de ces infections secondaires non syphilitiques comme il s'en est vu plusieurs fois à la suite de vaccinations, nous en concluons une fois de plus à la nécessité de plus

---

rain, ni au nord ni au midi, [que vous avez eu l'occasion de soigner quelquefois. Il y en a de si linéaires, qu'on ne peut les regarder sans avoir envie de rire ou... de pleurer.

Heureusement, Dieu, dans son inépuisable bonté, a refusé à la plupart des hommes le don de comprendre la différence qu'il y a entre certaines anatomies où tout est en déficit, et la Diane de Houdon !

— Vous trouvez que chacun respecte ce contemporain du siècle, même le temps ; osez donc regarder sans éclater les gravures de mode, qui représentent les élégants de 1830.

Sont-ils assez grotesques ?

Quant au présent, je sais que nos petits hommes politiques ne négligent jamais de s'en parer, car c'est un moyen de se grandir. Hélas! le chapeau est ce qu'il y a de plus haut, chez la plupart. Peut-être, quelques-uns d'entr'eux ont-ils conscience que, la vie étant une farce lugubre, il est bon de s'affubler d'un feutre tragique, pour jouer un bout de rôle dans la pièce écrite par un Shakspeare inconnu ; mais à ce jeu là, ils perdent leurs cheveux, et, comme je tiens à conserver ceux qui me restent, je demande en grâce qu'on restreigne les proportions de notre coiffure officielle. La justice fut toujours lente, en France comme ailleurs ; mais l'heure du châtiment et des représailles sonnera tôt ou tard, n'en doutez pas, sans même qu'il soit nécessaire de faire intervenir une haute cour pour cela.

Cet événement, trop tardif, devra être marqué d'une pierre blanche, car un réel progrès hygiénique aura été réalisé.

Dr Grellety.

Villes d'eaux et bains de mer.

« *Frère, il faut mourir* ! » : Tel est le refrain mélancolique, que l'on commence à entendre nettement, aux quatre points cardinaux, avec la sonnerie plaintive des heures. A la fin de ce mois, les casinos les plus en vogue auront fermé leurs portes et joué la polka du cygne. — Les cloches des hôtels, qui, naguère encore, donnaient si joyeusement le signal du cliquetis des fourchettes et des... indigestions, semblent déjà vibrer dans le vide. On dirait qu'elles sont enveloppées d'une gaîne de crêpe et sonnent le plus funèbre des arguments.

Les derniers touristes qui s'attardent à humer

en plus urgente de substituer toujours le vaccin animal au vaccin humain.

Causes et traitement des vomissements dits incoercibles de la grossesse.

M. *Guéniot* déclare que l'idée d'opposer aux vomissements opiniâtres de la grossesse une pratique ou un remède unique paraît être une conception tout à fait erronée, que d'ailleurs l'expérience s'est chargée de réduire à néant. Les nombreuses observations publiées jusqu'à ce jour démontrent, en effet, que les guérisons obtenues avec le secours de la thérapeutique, ont succédé à l'emploi des moyens les plus divers, sans qu'aucun de ceux-ci se soit montré d'une efficacité, non pas même constante, mais simplement habituelle.

Les vomissements dits incoercibles reconnaissent des causes très variées et trois organes ou appareils concourent à leur production.

Ces organes sont : d'une part, l'*utérus*, point de départ des excitations qui retentissent sur les autres organes, d'autre part, le *système nerveux* (spinal et ganglionnaire), qui, à l'aide de son pouvoir réflexe, transmet à distance les excitations qui proviennent de l'utérus, enfin l'*estomac* qui subit l'action du stimulus utérin.

Pour combattre les vomissements opiniâtres de la grossesse, non plus avec un succès douteux et pour ainsi dire accidentel, mais avec un bonheur presque constant, il est donc indispensable de recourir à un traitement complexe qui s'adresse simultanément à ces trois sources de la maladie.

De là trois indications fondamentales à réaliser, à savoir :

1° Apaiser l'excitation morbide ou anormale de l'utérus, en remédiant aux divers états pathologiques qui la produisent. A cet effet, la belladone, la cocaïne, la morphine, les injections vaginales, ou des topiques appropriés, le pessaire Gariel, la surélévation du siège, avec décubitus en déclivité du tronc, les cautérisations et même la dilatation artificielle du col, sont autant de ressources qui peuvent être, suivant les cas, très fructueusement appliquées.

3° Diminuer l'activité ou supprimer l'exagération des transmissions réflexes, soit par l'usage du chloral bromuré, soit par la réfrigération de la région spinale, soit par les influences morales, etc...

3° Enfin combattre l'intolérance de l'estomac en traitant les diverses affections dont il peut être le siège et en calmant son éréthisme, à l'aide des moyens suivants : diète presque absolue, suppression de toute boisson acide, du vin, du jus d'orange ou de raisin, etc., emploi d'une eau alcaline et de la glace en quantité des plus minimes ; vésicatoire volant ou morphiné sur le creux épigastrique, parfois quelques laxatifs ou certaines substances propres à régulariser les fonctions de l'intestin.

Afin de mieux assurer l'efficacité de cette médication, il importe, en outre, essentiellement d'épargner à l'estomac tout travail qui ne serait pas d'une absolue nécessité. Pour l'administration des médicaments, c'est donc la voie intestinale que l'on devra surtout utiliser et, accessoirement, la voie hypodermique ou le pouvoir absorbant de la peau.

Traitement des affections dartreuses par l'association des sudorifiques, des laxatifs et des alcalins.

M. *Gombault* dit avoir obtenu de très bons résultats dans le traitement du psoriasis, de l'eczéma, du pityriasis, qu'il appelle affections dartreuses, par l'association des sudorifiques, des dépuratifs, des laxatifs et des alcalins. Il a donné par jour à ses malades 50 à 100 grammes d'un sirop qui contenait du bicarbonate et de l'acétate de soude dans la proportion de 8 grammes par 500 grammes d'un sirop composé d'extraits concentrés de sudorifiques dépuratifs (salsepareille, gentiane, sassafras), de laxatifs (rhubarbe et follicules de sené) et d'un purgatif (jalap). La rhubarbe entre pour 1/6 dans la composition du sirop et le sené et le jalap pour 1/12.

---

du bien-être, dans la quiétude alanguissante de l'automne, ont l'air d'ombres errantes ; leurs pas n'ont plus de sonorité sur le tapis des feuilles flétries. On songe involontairement à Orphée cherchant son Eurydice : Hélas ! les grâces fuyantes de la création, les senteurs capiteuses des bois, n'ont pu retenir la belle enfant. Elles sont parties aussi, comme les hirondelles, pour des climats plus chauds et plus *fortunés*, les belles petites qui endimanchaient les 21 jours d'exil de leur prochain !

Malgré les phrases encourageantes, que l'on sait, sur la sérénité du juste à sa dernière heure, sur la confiance des croyants en un lendemain réparateur, (comme si les moribonds y voyaient plus clair, lorsqu'ils vont fermer les yeux), je n'ai jamais vu personne accepter avec enthousiasme une partie de canotage avec le nocher Caron. — La mort est bien pour tous, physiquement du moins, une banqueroute finale, une suprême défaillance. On n'a pas la force de protester ; mais l'instinct de la conservation, qui veille au fond de l'être, se raidit et lutte à sa façon, avec des hoquets malpropres et des soubresauts désespérés. Les yeux de ceux qui veulent quitter notre planète morose décèlent toujours les angoisses de la fin, la peur de l'inconnu, de l'éternelle énigme !

Cette anxiété *in extremis*, on la retrouve au mois de septembre dans les regards des médecins et des hôteliers des plages et des stations thermales, qui voient arriver avec épouvante l'heure de la retraite, de l'isolement et de l'inertie. La vie estivale est toujours trop courte, à leur gré ; ils se révoltent contre la paresse du soleil, qui se couche à six heures, contre des brusques crépuscules qui arrivent sans transition, sans que le parc ait été embrasé par la rose illumination du couchant !

Certes, ils savent bien que leurs clients plus favorisés que beaucoup de députés, reviendront avec les beaux jours ; mais ils ne peuvent se résigner à ce long interrègne de huit mois, à cet hiver sans éclaircies, sans fêtes, sans... bénéfices.

En l'an de disgrâce 1889, en particulier, leurs doléances auront plus de raison encore de se produire que par le passé. En effet, il paraît, qu'à l'exception d'Aix et de Vichy la plupart des villes d'eaux n'ont pas reçu leur contingent habituel de visiteurs. — C'est la faute à la tour Eiffel. Et voilà que, pour comble de misère, les élections ont hâté la dégringolade. La fatale politique, dont l'influen-

Il a employé en même temps la pommade suivante, qu'on étendait deux fois par jour sur toutes les surfaces malades :

Axonge . . . . 30 grammes.
Ergotine . . . . 3 —
Protochlorure d'hydrargyre . 3 —

CHIRURGIE PRATIQUE

Des accidents dus aux principaux antiseptiques employés en chirurgie.

(Suite et fin).

ACCIDENTS DUS A L'IODOFORME.

Cette substance employée d'abord, comme on le sait, vers 1868, par Lailler et Besnier dans le pansement des plaies atoniques, des ulcères rebelles, et des chancres vénériens compliqués de phagédénisme, n'est entrée dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale des plaies fraîches qu'à partir de 1881, époque où elle fut préconisée d'abord par Mickulicz.

L'iodoforme a-t-il une très grande puissance antiseptique? C'est là une question encore très controversée, nous ne devons pas ici entrer dans sa discussion. Mais, quel que soit son pouvoir microbicide, l'iodoforme a fait ses preuves comme pansement, et l'excellence des résultats que l'on a obtenus grâce à son emploi, le défendront encore longtemps contre ses ennemis.

Mais, comme la plupart des autres antiseptiques puissants, l'iodoforme peut faire naître des accidents contre lesquels le praticien doit être en garde. Je dois dire même qu'ils ont une allure parfois si singulière qu'ils peuvent l'induire en erreur ; aussi nous allons rapporter brièvement au courant de cet article, quelques faits dont nous avons été témoin et que nous croyons instructifs.

Les accidents dus au pansement à l'iodoforme peuvent être locaux ou généraux.

a. — Accidents locaux. Eczéma iodoformique. — L'eczéma iodoformique a été bien étudié par Kœnig, par M. Le Dentu. C'est une éruption eczémateuse humide caractérisée par une apparition de vésicules confluentes entourées d'une peau rouge et turgescente.

D'abord la peau rougit, se tuméfie, le malade éprouve un sentiment de cuisson, de tension anormale, puis les vésicules apparaissent d'abord très petites, remplies d'une sérosité transparente qui devient bientôt un peu louche et jaunâtre. Cette éruption ressemble beaucoup, au début, à celle que l'on observe après l'application de l'huile de croton. Quelquefois les vésicules sont si rapprochées les unes des autres qu'elles ne tardent pas à se fusionner, soulevant l'épiderme au point de former des phlyctènes plus ou moins volumineuses, comme dans les cas de brûlures au second degré.

L'éruption ne se montre pas seulement au niveau des parties recouvertes par le pansement iodoformé, mais elle s'étend encore à une certaine distance au delà et son envahissement est annoncé autour du pansement par l'apparition de la rougeur cutanée qui ferait croire à un érysipèle né autour de la plaie et débordant le pansement.

Mais, caractère très important, on ne trouve au-dessus aucun trajet rougeâtre indiquant une lymphangite ; les ganglions de la région correspondante sont absolument indemnes, indolents et sans tuméfaction, la température reste absolument normale.

Un prurit très violent accompagne la production de l'éruption, et, lorsque les vésicules se crèvent, il s'écoule une quantité ordinairement très abondante de sérosité qui répand une forte odeur d'iodoforme. Chez un homme que nous avons observé à l'hôpital de la Charité et à qui M. le professeur Trélat avait pratiqué la section sous-cutanée des brides d'une rétraction de l'aponévrose palmaire, nous avons constaté une vaste éruption iodoformique qui s'étendit à toute la main et à la moitié de l'avant-bras. Bien que le pansement à la gaze iodoformée ne recouvrît que la moitié de la paume

---

ce funeste se retrouve partout, a précipité la fuite des électeurs.

Tant qu'il en est temps encore, avant que le coteau frileux ait revêtu sa rousse fourrure, ses haillons de feuillages rutilants ou jaunis, hâtons-nous de jeter un regard en arrière, de nous mêler à la foule cosmopolite, qui encombre encore les stations favorisées, tous ces endroits bénis, où il semble qu'on soit plus heureux qu'ailleurs.

Cette belle compagne, qu'on appelle l'espérance, est généralement du voyage ; ses lueurs magiques charment par avance ceux qui souffrent et peuplent leur rêverie de pensées réconfortantes, en attendant la guérison qui est au bout.

Il n'y a que des esprits attardés capables de croire qu'on ne va à Biarritz, Luchon, Vichy, etc., que pour suivre le sillage de robes généreusement entr'ouvertes, que pour vivre en mahométan dans un milieu d'épaules nues et d'émanations aphrodisiaques. Il y a des gens qui se figurent très-sincèrement que la mer seule, là-bas, rentre chaque soir dans son lit ; qu'on n'y rencontre que des aventuriers, des joueurs ruinés qui veulent corriger le hasard, des femmes stériles et fatiguées de l'être.

Certes, on s'amuse aux eaux ; c'est fréquemment fête carillonnée et les distractions font partie du traitement ; mais la cure domine tout. On se déplace beaucoup plus pour se refaire, dans le bon sens du mot, que pour exhiber des falbalas tapageurs et acheter des bibelots avariés. Ce n'est pas pour le plaisir de se montrer que tant de volumineuses femmes promènent leurs cent vingt kilos, partout où on leur promet l'amaigrissement.

Oui, il est possible que quelques filles d'Eve se mettent en route avec un frisson de sensualité, qu'elles apportent dans leurs toilettes collantes des effluves de désirs inassouvis ; on prétend que le train des maris arrive parfois trop tard ; mais enfin de là à l'orgie balnéaire, telle que se la figurent certaines imaginations en délire, il y a loin.

Si les villes d'eaux facilitent la lacération de certains contrats, elles en font aussi surgir de nouveaux. Si on y rencontre des dames grandes ou petites, qui n'ont de caché que leur âge ou leur passé, on y coudoie aussi de nombreux couples de fiancés et de jeunes époux, qui cheminent en extase, la main dans la main, les yeux dans les yeux. Que de baisers dans tous les coins, sans compter ceux que je suppose ! — Cela donne

de la main, et bien que cet homme ait une peau épaisse, résistante et endurcie par le travail, l'éruption fut absolument confluente ; l'épiderme de la main se souleva et tomba par lambeaux aussi bien à la face palmaire qu'à la face dorsale et l'écoulement séreux fut tellement abondant qu'il trempait dans toute leur épaisseur deux alezes roulées en coussin, en un seul jour.

Quelque temps après nous observions un autre fait moins accentué. Nous avions pratiqué sur une jeune fille de 20 ans, à peau assez délicate, l'extirpation d'un kyste synovial du dos du poignet, et nous avions appliqué un pansement iodoformé formant une sorte de bracelet autour de la région. Deux jours après, une violente éruption de vésicules confluentes, fines et régulières se montrait jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras ; elle était précédée par une rougeur diffuse remontant jusqu'au dessus du coude. A cet aspect, ceux qui m'entouraient, prononcèrent vite le mot d'érysipèle. Mais ils constatèrent bientôt avec moi que, malgré une cuisson violente ressentie par la patiente, il n'y avait ni douleur dans l'aisselle, ni langue saburrale, ni frissons, ni élévation de la température. J'enlevai toute trace d'iodoforme à l'aide d'une large irrigation à l'eau boriquée tiède, j'enveloppai les parties malades à l'aide de compresses de gaze enduite de vaseline boriquée et l'éruption s'arrêta.

Ordinairement l'éruption iodoformique se termine au bout de trois à quatre jours si l'on a soin de supprimer le pansement ; l'écoulement séreux s'arrête, la rougeur de la peau s'éteint, l'épiderme soulevé se dessèche et se desquame pour se séparer ensuite très rapidement. Quand il est soulevé par larges plaques comme dans les brûlures au second degré, il ne faut pas l'enlever trop rapidement, afin d'éviter les douleurs que provoquerait la mise à nu de la couche papillaire.

Le traitement de l'eczéma iodoformique est facile à déduire de ce que l'on vient de lire ; il faut immédiatement supprimer l'iodoforme dans le pansement, nettoyer les surfaces enflammées soit à l'aide d'eau filtrée ou bouillie tiède ; ou même à l'aide d'eau boriquée, puis recouvrir la région de vaseline boriquée. Il faut s'abstenir de l'emploi de toute substance tant soit peu irritante comme les pièces de pansement au sublimé ou à l'acide phénique ; car on sait que ces substances aussi, dans certains cas, produisent des érythèmes spéciaux. On entourera ensuite la région avec une bonne couche de coton absorbant boriqué afin d'absorber la sérosité ; et on aura soin de renouveler ce coton quand il sera imbibé afin que les parties ne subissent aucune macération, qui ne pourrait que prolonger inutilement la petite complication.

D'ailleurs, nous devons faire remarquer que dans aucun des cas que nous avons observés, l'apparition de l'éruption n'a fait échouer la réunion immédiate.

Peut-on éviter ou prévoir cette complication locale du pansement iodoformé ? Nous ne pouvons donner sur ce point aucune réponse positive. On a incriminé la finesse de la peau, et cependant nous l'avons vue se produire sur une peau calleuse d'ouvrier aussi bien que sur la peau plus fine d'une jeune fille. On a dit que les lavages au sublimé rendaient la peau plus sensible à l'iodoforme ; cependant nous en avons fait maintes et maintes fois sans voir apparaître l'eczéma. D'ailleurs cette complication est assez rare, puisque sur plus de cinq cents pansements où entrait la gaze iodoformée nous ne l'avons pas observée plus de trois ou quatre fois.

b. — Accidents généraux. Intoxication iodoformique légère ou grave.

Ces accidents s'observaient beaucoup plus souvent au début de l'emploi de l'iodoforme que maintenant. On les voyait surtout quand des amateurs fanatiques de cette substance en saupoudraient largement les plaies fraîches, en emplissaient les cavités osseuses récemment évidées ; on a vu ainsi employer jusqu'à 100 et 200 gr. d'iodoforme pour un seul pansement. Aujourd'hui, nous sommes beaucoup plus discrets dans son emploi. Cependant il ne faut pas croire que les intoxications sont en raison directe de la quantité d'iodoforme employée ; la susceptibilité

---

envie de faire la réplique. Que voulez-vous que devienne un célibataire qui est initié, d'une part, aux épanchements du ménage d'à côté, et qui, de l'autre, grâce aux fissures des portes, surprend le négligé fort négligé d'une gracieuse voisine ? — A la faveur de la camaraderie des excursions, des rencontres, au détour des couloirs sombres, il se trouve amadoué, circonvenu, pris et lié, avant d'avoir eu le temps de résister. Il ne tarde pas à prononcer le oui qui l'engage, trop heureux, enfin de compte, de pouvoir placer à gros intérêts le capital si ébréché de ses avantages.

C'est surtout dans ces centres de villégiature qu'on peut faire le plus prestement du monde des études comparées sur la grandeur et la décadence des porte-monnaies. Au contact des boyards et des tapis verts, on oublie facilement la valeur du numéraire. — On commence le plus souvent par gagner, et, comme il est bon de rire chaque fois que l'occasion s'en présente et même sans occasion, on se hâte d'en profiter : Excursions, champagne à pleins verres et chansons à plein gosier, rien n'est oublié.

C'est autant de pris sur l'ennemi, je veux dire la caisse insatiable du cercle, car la chance tourne, la guigne s'en mêle. On s'emballe ; l'arrière-garde des économies et les réserves de l'emprunt sont en vain appelées ; inutiles espoirs, efforts superflus. Après avoir fait le règlement de ses dérèglements, le malheureux se retire honteux et confus. Tout est perdu, fors l'honneur ; il ne lui reste plus rien..... qu'un grand mal à la tête. Comme il s'arracherait les cheveux, s'il pouvait se livrer à cette nouvelle débauche !

On joue trop, partout, aujourd'hui, aussi bien dans les villes décorées d'une sous-préfecture ou ornées d'un receveur particulier que dans la dernière des bourgades de France. Mais malgré les impôts et Mercure, les côtés balnéaires continueront à exercer une attraction invincible sur les masses. Si elles ont des taches, comme le soleil, comme lui aussi elles réchauffent et guérissent. — C'est le port du salut pour bien des malades.

Parisiens, mes frères, continuez donc à vagabonder sous le soleil bleu ; ne vous hâtez pas de regagner la ville épuisante et tumultueuse. Cela vous permettra de vous replanter, raffermis, devant la tâche quotidienne et d'attendre de pied ferme les coups d'épingle de l'existence !

Dr Grellety.

particulière des individus ou même la puissance éliminatrice de bons émonctoires à l'égard du poison absorbé, est un facteur beaucoup plus important.

Ainsi nous voyons la quantité d'iodoforme employée chez les sujets qui ont présenté des accidents, varier singulièrement. Polowski a publié un cas dans lequel les phénomènes d'intoxication se sont montrés à la suite de l'introduction dans l'utérus, après un curettage, de 0 gr. 75 centigrammes d'iodoforme.

Il est très-important aussi de distinguer les cas d'après la nature des surfaces avec lesquelles l'iodoforme est mis en contact. Ainsi plusieurs grammes d'iodoforme pourront impunément être saupoudrés sur des lignes de suture parfaitement affrontées, la peau ne l'absorbera pas et au niveau de la ligne de réunion qui doit toujours être aussi parfaite que possible, la poudre d'iodoforme formera avec l'humidité produite par la très légère exsudation séreuse, une croûte réfractaire à l'absorption. Au contraire nous voyons des cas d'intoxication se montrer quand la substance a été mise et retenue au contact de tissus plus ou moins absorbants. Elicker (de Buda Pesth) au premier Congrès allemand de gynécologie a rapporté un cas d'intoxication produit par l'application de 6 grammes d'iodoforme en poudre sur le pédicule d'un kyste ovarique. On a dit à ce propos que le péritoine altéré supportait beaucoup mieux l'iodoforme que le péritoine sain ; cela est possible, mais ne justifie pas l'utilité de l'emploi d'une telle quantité d'iodoforme sur un pédicule de kyste que l'on réintègre dans l'abdomen ; une simple cautérisation au thermo-cautère assure tout aussi bien l'asepsie.

Wolowski signale en 1887 deux cas d'intoxication chez des femmes de 60 et 76 ans à la suite de l'emploi prolongé de poudre d'iodoforme sur la surface d'un cancer ulcéré du sein et d'une plaie de la cuisse ; mais dans ces deux cas il se faisait certainement une accumulation progressive de substance toxique dans les anfractuosités des plaies, et qui nous dit aussi que les reins de ces femmes déjà âgées fonctionnaient normalement ?

Les injections d'éther iodoformé dans les abcès tuberculeux ont pu aussi donner lieu à des accidents d'intoxication dus à l'absorption à la face interne de la poche. Dans ces cas, une certaine quantité d'iodoforme reste au contact de cette surface plus ou moins absorbante et il faut que d'autre part le rein procède à une élimination suffisante pour que les accidents ne se produisent pas. Nous rapporterons plus loin une observation importante à ce sujet.

On peut voir évoluer des accidents de gravité très-variables.

A. Intoxications iodoformiques légères.

Le début est ordinairement caractérisé par des troubles gastriques, diminution de l'appétit, dégoût des aliments, nausées, vomissements. Ces deux derniers signes cependant indiquent déjà une atteinte assez grave, aussi ne les observe-t-on pas toujours. Le malade accuse une certaine gêne pour avaler, sa gorge est sèche, il a soif et si on lui fait ouvrir la bouche, la muqueuse du pharynx est habituellement congestionnée. Quand il se sert de couverts d'argent, il éprouve un goût particulier et persistant que Poncet (de Lyon) a étudié sous le nom de *signe de l'argent*. Si on prend en effet une pièce de monnaie d'argent ou une cuiller de ce métal, et si on les frotte avec la salive du malade, on perçoit aussitôt une odeur nauséabonde, tout à fait spéciale.

Nous avons souvent remarqué que les malades qui prenaient de l'iodure de potassium à l'intérieur présentaient aussi quelquefois ce symptôme quand ils se servaient de cuillers d'argent ; il semble dû à la formation très rapide d'un iodure d'argent.

Ces manifestations gastro-intestinales sont souvent accompagnées de phénomènes nerveux tout à fait spéciaux. Les malades présentent un délire nocturne tranquille, ils ont de l'insomnie ; quelquefois on les voit se lever, marcher dans leur chambre ou dans la salle d'hôpital d'une façon absolument inconsciente, ils ne reconnaissent pas leur lit. Dans le jour ils sont taciturnes, apathiques, ils répondent mal aux questions qu'on leur adresse. Chez un certain nombre de sujets, ces troubles psychiques sont le seul symptôme de l'empoisonnement, et, si l'on n'est sur ses gardes, on peut croire à une altération commençante des centres nerveux de toute autre origine. Ordinairement ils ne se montrent que chez des sujets chez lesquels l'on emploie l'iodoforme depuis quelque temps déjà, qui ont subi une sorte d'intoxication lente et à petites doses. Nous avons observé en 1877 un fait très remarquable de cette nature sur un homme de 60 ans environ, à qui M. le professeur Trélat avait pratiqué l'ablation d'une tumeur épithéliale du côté de la langue, de l'amygdale et de la partie correspondante du pharynx. Par la plaie antérieure répondant à la ligature préalable de la carotide externe, je faisais chaque jour un tamponnement léger à la gaze iodoformée. La cicatrisation marchait régulièrement, quand trois semaines, un mois après l'opération, le patient montra des modifications bizarres de caractère ; il se levait la nuit, se trompait de lit ; dans le jour il était abattu, indolent ; un jour même qu'on ne le surveillait pas, il se leva, s'habilla tant bien que mal et, ayant pu sortir de l'hôpital, il se dirigea vers un bureau d'omnibus voisin. On le ramena sans qu'il opposât la moindre résistance, il reprit son lit sans pouvoir expliquer le mobile de son action dont il ne se rendit même pas compte.

Nous étions d'autant plus surpris de tous ces symptômes que jamais cet homme n'avait manifesté le moindre trouble intellectuel. Nous supprimâmes le pansement iodoformé ; chaque jour on lava la plaie avec de l'eau boriquée et les troubles psychiques disparurent rapidement.

On pourrait donc établir, d'après ces faits, une forme gastro-intestinale et une forme nerveuse d'intoxication iodoformique.

Ordinairement, la température subit de légères ascensions 38 à 38°5 ; le pouls devient plus fréquent, 110 à 120, mais en même temps il est faible et petit.

La durée de ces accidents légers est ordinairement de 1 à 10 jours en admettant que l'on supprime le pansement iodoformé à leur début. Quelquefois ils sont tellement fugaces qu'on ne songe même pas à les mettre sur le compte de l'iodoforme.

Dans certains cas ils cessent alors que l'on continue le même pansement ; d'autres fois ils se montrent plusieurs fois durant un traitement à chaque renouvellement du pansement.

Toutes les fois que l'on soupçonne l'iodoforme, il est bon de s'assurer que son élimination se fait normalement par les urines. Rien n'est plus facile ; après avoir rempli d'urine le tiers d'un tube à expérience, on acidifie cette urine à l'aide de quelques gouttes d'acide sulfurique, on y verse ensuite une petite quantité de chloroforme, le quart environ du volume de l'urine ; on agite le mélange et on voit se développer une belle couleur rouge violet plus ou moins foncée suivant la quantité d'iode éliminée par l'urine. Cette réaction n'indique point du tout qu'il y a intoxication, mais elle montre que le rein fonctionne bien comme filtre éliminateur. Si elle manque en même temps que l'on constate des signes d'empoisonnement, il faut se tenir sur ses gardes, supprimer immédiatement l'iodoforme et redouter les accidents qui peuvent devenir très sérieux.

b. Intoxications iodoformiques graves.

Les accidents gastro-intestinaux que nous avons étudiés plus haut présentent une intensité très considérable. Les vomissements deviennent très fréquents et bientôt ils se montrent aussitôt après l'ingestion des moindres substances. Aussi le malade refuse toute espèce d'aliments. On peut observer aussi des hématémèses considérables, ainsi que des épistaxis. Les manifestations purement intestinales sont beaucoup plus rares que les symptômes gastriques ; cependant quelques malades ont présenté des coliques, de la diarrhée et même des hémorrhagies intestinales. L'ictère a aussi été signalé et, d'après Wolowski, il serait dû à une atrophie jaune aiguë du foie d'origine toxique.

Les phénomènes nerveux revêtent alors une intensité considérable si bien qu'en général ils dominent la scène. Souvent le malade est pris d'un délire furieux, il crie, s'agite, se débat dans son lit, d'autres fois il tombe dans une tristesse morne qui dégénère en une véritable manie de persécution. Insensible à tout ce qui l'entoure, il pleure, refuse de parler, il a tout l'habitus extérieur d'un aliéné.

Le pouls est très fréquent, 130 à 140 pulsations, mais il est mou et dépressible.

La température oscille entre 38° et 39°5.

Les urines présentent habituellement la réaction que nous avons signalée plus haut ; mais en outre elles contiennent des iodures organiques, un peu d'albumine et des épithéliums tubulaires indiquant qu'il existe déjà une altération notable du rein. Ordinairement aussi elles diminuent de quantité dans les cas très graves.

Ces accidents évoluent avec une rapidité variable et à laquelle on ne peut fixer aucune durée cyclique. Tantôt ils peuvent durer cinq à six jours, d'autres fois ils acquièrent leur maximum de gravité en 36 à 48 heures : il y a donc des cas *aigus* et des cas *foudroyants*.

La mort s'annonce par une augmentation très considérable de la rapidité du pouls coïncidant avec une diminution très notable des forces. La respiration devient anxieuse, le malade est pris d'accès de dyspnée spasmodique auxquels il finit par succomber.

D'autres fois la mort survient brusquement à la fin d'une crise d'agitation et de délire violent. Ou bien le sujet s'éteint peu à peu dans le collapsus et la somnolence.

Nous pouvons placer ici une observation d'accidents foudroyants que nous avons recueillie l'année dernière et que nous avons déjà publiée au premier Congrès de la tuberculose (1).

Un jeune garçon de 19 ans, chétif, amaigri, au teint jaunâtre et terreux, portant les traces de la plus grande misère physiologique et sociale, entra à la clinique de la Charité le 9 mai 1888. Il avait subi en 1884, à l'âge de 15 ans, la résection du coude droit pour arthrite tuberculeuse ; il avait guéri et à l'aide d'un appareil léger il s'était servi de son bras depuis assez utilement. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, le coude s'était enflammé de nouveau et, quand il se présenta à nous, il était très tuméfié, volumineux, chaud et fluctuant. Dans l'intention de soulager le malade, de diminuer la tension de l'abcès et de préparer la poche à une intervention plus radicale en modifiant sa surface interne, on pratiqua le samedi 10 mai à 11 h. 1/2 du matin une ponction aspiratrice pour évacuer la collection purulente. On retira 150 à 160 gr. de pus mal lié jaunâtre grumeleux ; on injecta aussitôt 25 à 30 grammes d'éther iodoformé à 10 %. Pansement ouaté très légèrement compressif, bras placé dans une gouttière. Dans l'après-midi douleurs vives au niveau de l'abcès, le soir température 37°4. Sommeil calme et régulier.

Le dimanche 11 mai dans l'après-midi, agitation marquée, perte de l'appétit, vomissements abondants. Dans la soirée la température monte à 38°, l'agitation devient plus intense et se transforme en un délire violent ; la respiration est anxieuse et embarrassée. Mort subite dans la nuit.

Le lundi matin nous recueillons l'urine qui était accumulée dans la vessie ; elle était trouble. Le réactif de Tanret à chaud et à froid y décélait une notable quantité d'albumine ; traitée par l'acide sulfurique et le chloroforme, l'urine ne donnait point la réaction rouge violet caractéristique de la présence de l'iode.

L'autopsie, outre les lésions du coude, sur lesquelles je n'insiste pas, montra une violente congestion de la muqueuse trachéo-bronchique qui avait une teinte rouge cerise différente de la couleur rouge asphyxique habituelle de la congestion pulmonaire. Le cœur était normal et arrêté en systole, le foie très congestionné, la rate hypertrophiée et sans tubercules.

Les reins étaient augmentés de volume ; violente congestion de la substance corticale. On voit de place en place de petits abcès miliaires, l'un d'eux situé dans le rein gauche a le volume d'une noisette. Au microscope on pouvait constater les lésions caractéristiques d'une néphrite mixte déjà ancienne.

Ces altérations du rein avaient causé la mort du malade, il avait succombé à une intoxication aiguë, que le mauvais fonctionnement du filtre rénal n'avait pu atténuer.

— Chez les enfants, les accidents de l'intoxication iodoformique sont plus aigus et revêtent toujours le cachet de maladies aiguës du système nerveux. Deux formes dominent dans l'ensemble des symptômes qu'ils présentent : la forme comateuse et la forme méningitique convulsive. Il suffit d'indiquer ces deux termes pour éveiller l'attention de l'observateur. Chez l'enfant, l'empoisonnement iodoformique est toujours grave et

(1) Comptes rendus et mémoires de la 1re session du Congrès pour l'étude de la tuberculose 1888, p. 598.

on a signalé un assez grand nombre de cas mortels.

Traitement des intoxications iodoformiques.

Les précautions prophylactiques ont, comme dans toutes les autres intoxications, la plus grande importance. Il faut d'abord et avant tout renoncer à appliquer sur les plaies étendues ces grandes quantités de poudre d'iodoforme qu'on a quelquefois employées, et on préférera toujours la gaze iodoformée à la poudre d'iodoforme en nature. On ne devra aussi employer que des gazes iodoformées de bonne qualité, souples, bien imprégnées, soit à 30 0/0, soit à 50 0/0. On n'usera même de la gaze iodoformée qu'avec la plus grande prudence chez les enfants, les malades atteints d'une sénilité précoce ou débilités par une longue cachexie. On n'appliquera point le pansement iodoformé sur de larges surfaces traumatiques formées de tissu adipeux ; on a remarqué, en effet, que la graisse semblait former avec l'iodoforme une émulsion qui favorisait son absorption.

On s'assurera aussi avec le plus grand soin de l'état du cœur et des reins, car si ces organes sont altérés, il faudra s'abstenir de l'iodoforme et choisir un autre antiseptique.

Quand on voudra employer l'iodoforme dans une cavité, péritoine, utérus, foyer d'abcès froid, il ne faudra pas dépasser certaines limites ; quelques auteurs disent de ne pas injecter dans les abcès froids plus de 4 à 5 gr. d'iodoforme ; nous avons vu un accident, dû il est vrai aux altérations rénales, avec 2 gr. 1/2 à 3 grammes d'iodoforme. Il ne faudra donc faire ces injections, dont on a certainement abusé, qu'avec les plus grandes précautions.

Quand les phénomènes d'intoxication se sont déclarés, il faut immédiatement enlever le pansement iodoformé, laver largement la plaie dans ses moindres recoins afin de la débarrasser absolument de la moindre parcelle d'iodoforme.

En même temps on favorisera par des diurétiques, le lait en particulier, l'élimination rénale. On a conseillé l'administration à l'intérieur d'une solution alcaline de carbonate de potasse à 5 ou 10 % ; on utilisera ce moyen au besoin. On devra aussi soutenir les forces du malade et lui donner un régime tonique et réparateur.

Accidents dus au sous-nitrate de bismuth.

Cette substance n'est entrée qu'assez récemment dans le domaine chirurgical. Velpeau, vers 1860, l'avait utilisée comme siccatif dans les brûlures étendues ; Guillaumet, vers 1872, recommanda son emploi dans les ulcères atoniques. En 1882, à la suite des accidents dus à l'emploi inconsidéré de l'iodoforme, Kocher (de Berne) et Karl Schuler l'expérimentèrent en poudre et en solution et obtinrent de très bons résultats qui furent bientôt confirmés par les communications de Riedel, Hahn et Langenbeck.

M. Marc Sée a vulgarisé chez nous le pansement au bismuth ; il en a parlé à plusieurs reprises depuis 1885 et récemment encore il vantait ses avantages dans le traitement de l'érysipèle chirurgical.

Il est arrivé cependant que des malades traités par le bismuth ont présenté des accidents plus ou moins sérieux et dans la thèse du Dr Debu (1886) (1), on peut en relever sept cas, dont quatre sont dus à Kocher, deux à Pétersen, et un au Dr Dalché. Ce dernier a publié une étude intéressante à ce sujet dans la *Semaine médicale* en 1886, et dans les *Archives générales de médecine* en août 1887.

Les accidents de l'intoxication par le bismuth s'observent surtout du côté de la bouche et du rein. Il y a d'abord une coloration noirâtre violacée du rebord alvéolaire, puis les gencives se gonflent, une salivation abondante se montre accompagnée de mauvais goût dans la bouche et de perte de l'appétit. A un degré plus marqué, on voit des plaques d'un bleu noirâtre ardoisé se montrer disséminées dans la cavité buccale ; elles sont recouvertes de fausses membranes, comme la stomatite gangréneuse et le malade éprouve, au niveau de ces plaques, une vive sensation de brûlure. On peut encore observer un état gastro-intestinal plus ou moins intense caractérisé par des vomissements et de la diarrhée noirâtre.

Dès les premiers temps de l'intoxication, l'urine laisse déposer un précipité blanchâtre qui vire bientôt au noir ; on constate dans cette urine la présence de l'albumine et des cylindres épithéliaux, indices certains de néphrite.

Tels sont les principaux symptômes observés jusqu'ici. Ils paraissent dus, d'après les études de Dalché et Villejean, à ce que les matières albuminoïdes des plaies favorisent la solubilité de la substance qui est ainsi absorbée lentement et d'une façon continue.

Généralement tous les symptômes disparaissent dès que l'on cesse l'emploi du sous-nitrate de bismuth ; un gargarisme au chlorate de potasse guérit facilement les accidents buccaux.

D'ailleurs, on n'est pas encore bien éclairé sur la nature des accidents et sur les adultérations que peut présenter le bismuth employé chez les malades qui les ont présentés. On sait, en effet, que cette substance renferme fréquemment des impuretés telles que du plomb, du cuivre et de l'arsenic. Des études plus précises sont encore nécessaires.

Dr Batette.

(1) De l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le pansement des plaies opératoires. Th. doct., Paris 1886.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Certificats médicaux.

Très souvent les médecins des grandes villes sont appelés à donner des certificats médicaux à des personnes dont ils ne connaissent nullement l'état civil. Il en peut résulter certains inconvénients qui sont bien mis en relief par le fait suivant :

Le tribunal correctionnel de la Seine vient de juger une affaire qui mérite d'attirer l'attention du corps médical, car elle montre le soin que doit apporter le médecin dans la rédaction et la délivrance d'un certificat médical. Voici les faits :

Une femme F..., accompagnée d'une autre femme, se présenta, il y a quelque temps, à la consultation gratuite de M. le docteur Bouchereau. Notre confrère, sur la demande qui lui en était faite, examina cette dernière et rédigea ensuite un certificat. Ne connaissant pas ces femmes, il demanda le nom de la malade et la femme F... lui fournit des renseignements que M. Bouchereau consigna dans son certificat. Au point de vue médical, le certificat s'appliquait à la personne qui accompagnait la femme F...; mais, sur les

indications de cette dernière, M. Bouchereau inséra dans ledit certificat les indications d'état civil de la femme F...

C'était là un guet-apens dans lequel les époux F... ont fait tomber notre confrère, pour arriver ensuite à le citer directement en police correctionnelle. Ils reprochaient à M. le docteur Bouchereau d'avoir délivré à un sieur B..., employé de commerce, un certificat constatant que Mme F... se livrait à des scènes scandaleuses et était sujette à certains accès nerveux ne permettant pas de lui confier la garde d'un enfant. Ce certificat, erroné au dire de la plaignante, lui aurait fait perdre deux procès la privant de la garde de sa petite fille, laquelle aurait été confiée à des mains étrangères. C'est pourquoi les époux F... réclamaient 10,000 francs de dommages et intérêts à M. le docteur Bouchereau.

Notre confrère n'a eu qu'à rétablir les faits pour que les juges fussent complètement éclairés sur la machination ourdie contre M. Bouchereau. MM. Brouardel et Motet ont apporté leur appui à notre confrère et ont déclaré que, dans la circonstance, ils estimaient que M. Bouchereau avait agi comme tout médecin l'aurait fait. Après de pareils témoignages, les époux F... se sont désistés de leur plainte, mais M. Bouchereau n'a pas cru devoir accepter ce désistement, estimant que, n'ayant rien à se reprocher, il fallait un jugement déclarant que c'était abusivement qu'il avait été traduit à la barre. Dans ce but, il a fait déposer, par son avoué, des conclusions reconventionnelles par lesquelles il réclamait une somme de 6,000 francs de dommages-intérêts pour abus de citation directe.

Le tribunal, après avoir délibéré, a renvoyé M. le docteur Bouchereau des frais de citation et a condamné les époux F... à 1,500 francs de dommages-intérêts.

(*Gazette des hôpitaux.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Mode d'action des applications métalliques. Leurs effets sur les malades non hystériques,

Par le Dr Chazarain.

(*Fin*).

3e fait. — Dans le courant de mai 1889, M. Annibal Montinho, de Lisbonne, auteur d'un excellent travail ayant pour titre : « Introduction à l'étude des phénomènes dits hypnotiques », m'écrivit pour me demander si je ne voyais pas une contradiction entre les expressions de pôle N, pôle *austral*, pôle positif, employées par moi pour désigner le côté de la boussole qui se dirige vers le nord de la terre. Pour lui ce pôle N de la boussole devait être négatif et le pôle S positif.

S'étant trouvé quelques jours plus tard atteint d'une conjonctivite, il résolut d'en profiter pour expérimenter sur lui-même et déterminer le signe qui convenait à chacun des pôles de la boussole et par conséquent des barreaux aimantés.

C'était son œil gauche qui était malade.

Persuadé que la position hétéronome était toujours calmante, il appliqua le pôle S d'un aimant (pôle que j'ai dit être négatif) sur la paupière correspondante et en attendit en vain un soulagement. Au contraire, après un quart d'heure de contact, la rougeur, la douleur et le larmoiement avaient augmenté. Il enleva alors l'instrument et ne fit aucune autre application jusqu'au soir.

Cependant, souffrant beaucoup, il eut, vers six heures, de nouveau recours à son aimant, mais en employant cette fois le pôle N, ce qui donnait une application isonome. A sa grande surprise, tous les symptômes disparurent presque instantanément.

Le lendemain il m'écrivait triomphant : « Vous voyez bien, me disait-il, que le pôle N est négatif, puisque, appliqué sur l'œil gauche, qui est positif, il l'a débarrassé de toute irritation. »

Le résultat était incontestable, mais l'interprétation était erronée. L'application avait réussi précisément parce que le pôle employé était positif et que sa position était isonome, position qui est décongestionnante et anesthésiante. L'application du matin avait au contraire exagéré les symptômes parce qu'elle était faite en position hétéronome et que cette position détermine des changements opposés (congestion et hyperesthésie).

La même loi se vérifie avec les applications métalliques, comme le prouvent les deux observations ci-après :

4e *fait*. — Mme R., 55 ans, nerveuse, mais non hystérique, s'étant exposée à un courant d'air froid, fut prise, dans les premiers jours du mois d'août 1887, de névralgie faciale gauche, avec crises très douloureuses, la nuit, au nombre de sept ou huit. L'épaule, le bras et le côté correspondant du tronc sont douloureux et froids. Pendant un de ces accès, Mme R. demanda une paire de plaques électroïdes à son mari, qui en fait usage pour lui-même, et les appliqua au hasard sur les tempes. Cette application ne faisant qu'augmenter ses douleurs, elle signala le fait à son mari, qui lui fit remarquer qu'elle les avait mal disposées et qu'elle aurait dû placer la plaque + à droite et la plaque — à gauche, tandis qu'elle avait fait le contraire. Ayant opéré ce changement, elle se trouva soulagée en moins d'un quart d'heure et s'endormit.

5e *fait*. — Mme J. D. est atteinte depuis plusieurs mois de leucorrhée, de rougeur et de tuméfaction du col utérin. Les pertes, très abondantes, n'ont pas été modifiées par les balsamiques à l'intérieur, ni par les injections astringentes ou antiseptiques.

Au mois de septembre 1888, elle eut une amygdalite avec fièvre intense et dut garder le lit dix jours.

La région hypogastrique étant devenue brûlante et douloureuse à la pression, je fis appliquer une paire de plaques en position *isonome* et une autre paire, dans la même position, sur la région lombaire.

Cette application fit merveille. Dès le lendemain les pressions pratiquées sur le bas-ventre et les déplacements du bassin ne provoquèrent plus de douleurs et les pertes s'arrêtèrent.

Je crus à une simple suspension de l'écoulement, tant le fait m'étonnait à cause de sa rapidité. Mais la modification de la circulation utérine et vaginale avait été si profonde, que la congestion dont ces organes étaient le siège était bien guérie.

Les pertes et les douleurs de la matrice n'ont pas en effet reparu.

Or cette malade ayant, avant cette époque, fait plusieurs fois usage des plaques pour combattre

un lumbago et les ayant appliquées en hétéronome, avait remarqué que cette application augmentait ses pertes.

J'ai observé le même fait chez une autre malade atteinte de métrite.

On voit par les faits qui précèdent et dont il serait facile d'augmenter le nombre, en expérimentant dans un service hospitalier, que la polarité s'affirme chez les malades ordinaires, comme chez les hystériques et chez les hypnotisés, et que les positions isonomes et hétéronomes provoquent bien chez les uns et chez les autres, quoique à des degrés divers, des réactions opposées.

En tenant compte des propriétés que possèdent les positions polaires isonomes et hétéronomes et les courants longitudinaux de sens inverse et de même sens, on pourra retirer des applications métalliques des services importants, que ne pourraient pas souvent donner les électrisations nécessairement espacées que l'on pratique avec des appareils de cabinet. Elles seront dans tous les cas un adjuvant précieux de la voltaïsation.

Les disques métalliques pouvant être maintenus en contact avec la peau d'une manière presque continue, sans douleur d'aucune sorte, provoqueront des effets de tous les instants qui, en s'ajoutant les uns aux autres, produiront, au bout de quelque temps, des changements notables soit dans la fonction, soit dans la nutrition des organes malades.

Mais c'est à la condition que les applications seront méthodiques, c'est-à-dire en rapport avec la nature de la maladie et non faites au hasard.

C'est en observant cette règle que nous avons réussi à guérir en quelques minutes par les applications métalliques des névralgies et des accès de migraine ou de gastralgie, que nous avons promptement ramené les règles, fait cesser des congestions utérines et autres, les vomissements de la grossesse, le vertige stomacal, la dyspepsie rhumatismale, l'ovaralgie, différentes anesthésies, les douleurs de la goutte et du rhumatisme, des contractures douloureuses, certaines hypéresthésies, les effets d'une attaque apoplectiforme ayant déterminé l'aphasie, l'hémiplégie et le coma, diverses paralysies du mouvement, un état de lypémanie datant de plusieurs années, arrêté ou prévenu les manifestations les plus fréquentes de l'hystérie (tristesse, crises convulsives, catalepsie, somnambulisme, léthargie, contracture, anesthésie), des convulsions infantiles, des accès d'asthme, etc.

Mais nous ne pouvons ici que signaler ces résultats, les observations qui s'y rapportent étant trop nombreuses et trop longues pour trouver place dans ce travail, que nous aurions voulu pouvoir traiter plus brièvement.

A ceux qui s'étonnent de tant d'effets obtenus avec un même agent, d'ailleurs différemment employé, nous répondrons qu'un tel résultat n'est pas une exception, puisque l'hydrothérapie peut ou pourrait faire presque autant, et n'est extraordinaire qu'en apparence; car, nos maladies, quand elles ne sont pas liées à une lésion organique, ne dépendant que de troubles dynamiques survenus dans la sensibilité, la motilité, la circulation d'un ou plusieurs organes,—il suffit, pour en obtenir la guérison, de modifier l'activité de ces fonctions, de manière à les ramener à un état physiologique normal, ce qui est déjà possible dans bien des cas à l'aide des seules forces de la nature intelligemment appliquées: chaleur, lumière, électricité ou autre, et ce qui le sera le plus souvent un jour, suivant la prévision de M. le professeur d'Arsonval, lorsque la connaissance des conditions physico-chimiques qui règlent l'apparition des phénomènes vitaux nous permettra de les maîtriser.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

AVIS

En prévision de la prochaine assemblée générale de l'UNION DES SYNDICATS, Messieurs les trésoriers des Syndicats adhérents à l'Union sont priés de faire parvenir le plus tôt possible les **cotisations** en retard.

Le Secrétaire-Trésorier de l'Union,
Dr AD. BARAT-DULAURIER.

Libéralités du Syndicat du Hâvre.

Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs que le Syndicat du Havre vient de voter une somme de cent francs en faveur de l'une des œuvres du Concours médical: *la Société de protection des victimes du devoir médical.*

Encore une fois, le corps médical du Havre fait preuve de cette initiative qu'on est habitué à lui voir prendre, toutes les fois qu'il s'agit du bien à accomplir. Nous l'en remercions vivement.

A. C.

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

7e *année*, 28e *séance*.

L'an mil huit cent quatre-vingt-neuf, le mercredi 12 juin, les membres du Syndicat se sont réunis à Braisne (restaurant Léger).

Après un déjeuner confraternel, la séance a été ouverte à 2 heures.

Etaient présents: MM. Dulien, président honoraire ; Ancelet, président ; Bracon, vice-président ; Lécuyer, secrétaire ; Gaillart, assesseur ; Delaporte ; Loysel ; Faille ; Henrionnet ; Lefèvre (candidat).

Etaient représentés MM. Woimant ; Godart (de Châteaubourg).

Le président présente à l'assemblée le Dr Lefèvre, successeur de M. Godart (de Fismes) présenté par MM. Godart et Deligny.

Le syndicat décide que M. Lefèvre sera convoqué à toutes les séances, mais que, conformément au règlement, son admission définitive n'aura lieu que dans six mois.

Le secrétaire annonce la démission de M. Millot, qui quitte Vic-sur-Aisne. (Acceptée.)

Le même membre expose que le Dr Leroy, président de l'Union des Syndicats, lui a écrit pour lui annoncer que les démarches nécessaires se font, pour interdire la médecine au charlatan Cte de Bruc.

La correspondance comprend :

1° Bulletin médical des Vosges.

2° Bulletin de l'association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure ;

3° Bulletin de la Société des médecins du Haut-Rhin français.

4° Projet d'une caisse d'assurances mutuelles contre la maladie par le Dr Lassalle.

Le même membre expose que nos collègues Herbillon et Siéhancourt l'ont invité à être parrain d'un nouveau syndicat à Bourgogne (Marne).

Il s'y est rendu et a constaté que ce nouveau syndicat était éminemment utile dans ce canton où 14 médecins de 3 départements limitrophes pratiquent la médecine.

Un bureau provisoire a été nommé. Quand le syndicat sera fondé tout à fait, on verra à étudier les voies et moyens pour réunir les deux syndicats à Reims quand il y aura une question intéressante à étudier ; en attendant, votre secrétaire a été nommé membre correspondant de ce nouveau syndicat.

Affranchissement insuffisant d'une note d'honoraires.

Le secrétaire lit le rapport suivant :

« Mes chers confrères, j'ai envoyé il y a quelques jours un certain nombre de notes où il était mentionné : *recouvrement par poste* le.... Je croyais être absolument dans mon droit ; car nous recevons tous quotidiennement des factures avec les mentions : *payable à* 30 *jours*, ou mentions analogues avec affranchissement à 0 fr 05 centimes. Il paraît que je n'y étais pas, car j'ai eu un procès, coût 7 fr. 80.

J'ai alors réclamé au directeur départemental qui m'a répondu en alléguant l'article 23 de l'arrêté ministériel du 20 janvier 1885.

Il ajoute : « Les mentions *payable au comptant ou payable à* 30 *jours* sont en effet autorisées sur une facture parce qu'elles sont considérées comme servant de complément à l'indication du prix de vente, lequel varie suivant le temps de crédit accordé par le fournisseur, MAIS CES MÊMES MENTIONS NE SONT PAS PERMISES SUR UNE NOTE D'HONORAIRES.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'esprit bien chinois de l'administration des postes. Il résulte de là que ce qui est permis à un épicier, ne l'est pas à un médecin.

Cela ne doit pas nous surprendre, car l'épicier a le droit de se syndiquer avec ses collègues, droit que nous n'avons pas encore.

Il est juste de dire que nous nous en passons bien.

En admettant même que j'aie eu tort de mettre *recouvrement par poste au*.... il résulte de la circulaire ministérielle, que nous n'avons même pas le droit d'envoyer notre note au tarif réduit avec ces mots, par exemple : «*payable à 30 jours*» ce que font tous les négociants et ce qui, du reste, leur est permis. *Ce qui est permis sur une facture de négociants, ne l'est pas sur une note d'honoraires.*

Nous payons patente comme eux pourtant !

Tout commentaire serait superflu !

Enfin, me tenant compte de ma bonne foi et de mes bons antécédents, je n'ai payé que 4 fr. 95 !

J'ai tenu à avertir mes collègues du syndicat de ce qui m'est arrivé et je leur propose la motion suivante.

« *Le Syndicat émet le vœu que les mémoires d'honoraires médicaux, avec les mots payable le.. valeur au.... soient taxés au tarif réduit comme les factures commerciales, ne demandant en cela que le droit commun, et charge le bureau de l'Union des Syndicats de faire des démarches dans ce sens auprès du directeur général des postes.*

Adopté à l'unanimité.

Le secrétaire expose que, délégué par la Société locale de Laon à la réunion de l'Association générale, il a assisté à ces assises médicales.

La réunion a pris en considération le vœu émis par les sociétés de l'Oise et de la Gironde, chargeant l'Association générale d'étudier les voies et moyens de donner une indemnité journalière en cas de maladie.

Que sortira-t-il des études faites et par le bureau et par les sociétés locales ?

Quand cela sortira-t-il ? Nul ne le sait.

En tout cas, nous pouvons revendiquer l'honneur d'avoir les premiers créé une caisse d'assurances mutuelles en cas de maladie, caisse qui fonctionne bien et qui, après avoir payé l'indemnité journalière de 10 fr. à deux de nos confrères pendant leur maladie, a encore plus de 1,000 fr. en caisse. (Assentiment.)

Le Syndicat décide qu'il se réunira fin août et laisse au bureau le soin de convoquer et de fixer le lieu de la réunion ainsi que l'ordre du jour qui contiendra en tête le 8e renouvellement du bureau.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire perpétuel,

Dr H. LÉCUYER,
de Beaurieux (Aisne).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

(RONGIER et Cie, éditeurs, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'École de Médecine).

Le Congrès d'hygiène de 1889, qui s'est ouvert le 4 août sous la présidence de M. le professeur BROUARDEL, vient d'être publié in extenso en un fort volume de 1200 pages.

La place nous manque pour l'analyser comme nous le voudrions, mais nous avons été surpris de la nouveauté des documents accumulés dans ce livre. L'hygiène de l'enfance occupe une place prépondérante, et nous avons remarqué l'article de M. le Dr Morinet sur l'influence de l'alimentation au lait de chèvre sur la santé des jeunes enfants. Combien avec la chèvre-nourrice, l'application de la loi Roussel et l'inspection médicale seraient facilitées ! Citons encore « *les enfants trouvés à Constantinople* », ville qui possède des avorteurs de profession, par le Dr LAVITZIANO. Puis l'instruction au public pour qu'il sache et puisse se défendre contre la tuberculose. Le chauffage et l'aération des habitations, par M. EMILE TRELAT. La protection des cours d'eau et des nappes souterraines. La statistique des causes de décès dans les villes, etc., etc. Prix 15 fr., remise de 20 % pour MM. les membres du « Concours médical ».

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr PERLIS-VITAL, de Paris, présenté par M. le Directeur.

M. le Dr BALCZ, de Routot (Eure), présenté par M. le docteur Napieralski, de Pont-Audemer.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André, Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 40 | 6 Octobre 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du Concours médical et des délégués de l'Union des Syndicats.

Chers confrères,

Le conseil de direction du *Concours médical* et le Bureau de l'*Union*, ont fixé, dans leur séance du samedi 28 septembre, la date de l'Assemblée générale.

Elle aura lieu le dimanche 20 octobre à 2 heures, au *Grand-Hôtel* et le banquet à 5 heures 1/2.

Nombre de médecins voudront visiter, ou revoir l'*Exposition* à cette occasion.

Nous avons d'importantes questions à soumettre à vos délibérations. Nous espérons obtenir, durant la nouvelle législature, des satisfactions depuis longtemps recherchées par le corps médical.

Vous comprendrez aisément combien nous attachons d'importance à votre présence et à vos communications.

Nous vous prions de nous écrire, de suite, les questions que vous désireriez voir figurer à l'*ordre du jour* et de prendre, dès ce moment, vos dispositions pour vous joindre à nous, venir seconder nos efforts et nous informer qu'on peut compter sur vous.

Pour les Bureaux de l'Union et du Concours.

Le Directeur, A. Cézilly.

MÉDECINS RÉÉLUS DÉPUTÉS.

En parcourant la liste des députés élus au premier tour, on aura constaté, comme nous, que nombre de médecins sont réélus ou élus. [illegible] heureux résultat.

Nous faisons notamment des vœux pour la réélection de M. le Dr *Bourneville*. Notre confrère est un promoteur souvent heureux, toujours infatigable. Si parmi les nombreuses et considérables réformes que son influence a fait triompher dans l'Assistance publique toutes n'ont pas eu le don de plaire à tout le monde, nul n'a pu méconnaître dans le monde médical comme dans le public les progrès si remarquables qu'il a su réaliser dans l'organisation des services d'aliénés et d'épileptiques et l'appui qu'il a toujours prêté aux plans de réforme de législation médicale.

Tous les membres du *Concours médical* se joindront à nous sans exception pour adresser des félicitations à M. le Dr *Chevandier*, réélu à une très-grande majorité.

Il n'est pas au Parlement, dont il fait partie depuis bien longtemps, un médecin qui ait montré depuis dix ans pour le succès des revendications médicales une telle ténacité, une telle persévérance, un tel zèle.

Nous lui souhaitons de parvenir à faire triompher ses idées et les nôtres dans le courant de cette nouvelle législature.

S'il réussit, notre reconnaissance pour ses efforts ne sera pas accrue ; mais il aura la satisfaction d'avoir rendu le plus éminent service à la profession à laquelle il appartient et qu'il honore.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

CONGRÈS D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Du 15 au 22 septembre a eu lieu le congrès, sous la direction d'un bureau composé de MM. Schnitzler, Politzer, et Ladreit de Lacharrière comme présidents d'honneur, M. Gellé, président, MM. Ménière, Lœwenberg, Gouguenheim et Moure, vice-présidents, Lannois et Cartaz, secrétaires. Parmi les communications faites il n'en est qu'un petit nombre qui soient de nature à intéresser les praticiens non spécialistes.

Aussi ne parlerons-nous pas de la **mobilisation de l'étrier**, qui a donné lieu à des communications de MM. *Miot*, *Moure*, *Boucheron*, de l'étude des **épithéliums sécréteurs des tumeurs de l'oreille interne** par M. *Boucheron*, du traitement des **rétrécissements de la trompe d'Eustache** par M. *Suarez de Mendoza*.

D'une communication savante de M. *Politzer* (de Vienne) sur **l'anatomie pathologique et le traitement de l'otite moyenne,** nous retiendrons seulement l'emploi qu'il fait des antiseptiques.

Les solutions qu'il emploie sont les suivantes :

Résorcine.... 1 à 3 grammes.
Eau.... ... 100 grammes.

Ou bien le sublimé à 1 p. 200

Après les lavages, il applique les solutions mé- 1 gramme pour 20 gr. d'alcool ; rarement le nitrate d'argent à 1 p. 10 gr. d'eau.

M. *Lévi* (de Paris) attire l'attention sur **l'ostéo-périostite externe primitive de l'apophyse mastoïde.**

Cette maladie, à laquelle Voltolini attribue un caractère spécifique, occupe toujours la même région (post et sub auriculaire). Elle est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, les deux apophyses sont atteintes simultanément ou successivement. L'organe auditif reste intact, il n'y a ni surdité, ni bourdonnements.

La maladie s'annonce brusquement par un gonflement souvent énorme et par des douleurs violentes allant de l'apophyse mastoïde à toute la tête. On peut voir survenir de graves désordres dans le conduit auditif externe, des fusées purulentes le long du muscle sterno-mastoïdien, la carie ou la nécrose de l'os mastoïdien et la mort peut arriver par méningite. Dans un cas observé par M. Lévi, il y a eu rapidement une carie de l'apophyse mastoïde et des cellules. Après trépanation, la guérison est survenue en un mois. L'ouïe est restée aussi bonne qu'avant l'opération. — L'auteur insiste sur l'inutilité des traitements antiphlogistiques, émollients ou autres, et conclut à la nécessité de faire de bonne heure une incision longue et profonde des tissus jusqu'à l'os (incision de Wilde).

M. Lévi a parlé aussi de **l'inflammation purulente primitive des cellules mastoïdiennes,** extrêmement rare, qui a été démontrée anatomiquement par le professeur Jaufal, de Prague. M. Lévi en a observé un cas suivi de mort, où l'autopsie n'a pas pu être faite, mais où la marche de la maladie et surtout la façon dont s'est produite l'issue fatale, n'ont laissé aucun doute sur le siège et la nature de l'affection.

La maladie s'est annoncée brusquement, à la suite d'un refroidissement, par des douleurs violentes derrière l'oreille, et par des accès de fièvre. Traitement antiphlogistique impuissant. Au vingtième jour, survient une paralysie faciale et un écoulement de pus par le conduit auditif externe ; puis, au bout d'une heure la mort dans le coma. L'auteur pense que, dans des cas semblables, il ne faut pas hésiter à trépaner.

M. *Gradenigo* (de Turin) a fait des recherches sur les **microbes des otites moyennes purulentes.**

Dans les otites aiguës il a trouvé le pneumocoque de Frænkel seul ou accompagné des staphylococcus aureus et albus ou ceux-ci seuls. Ce sont les staphyloccus qu'il a trouvés dans les otites purulentes chroniques, avec le proteus vulgaris de Hauser quand il y avait, outre la suppuration, de la fétidité.

L'existence du pneumocoque dans l'otite suppurée a été démontrée par notre compatriote Netter en 1888. Comme il l'a dit, les otites moyennes sont dues pour la plupart à la pénétration dans la caisse du tympan des microbes contenus dans la bouche. Il suffit pour cela que les microbes traversent la trompe d'Eustache. La bilatéralité habituelle des otites moyennes plaide en faveur de ce mécanisme.

Chez les enfants en bas âge maintenus dans le décubitus horizontal, les microbes pénètrent avec une plus grande facilité. Aussi Netter a-t-il trouvé fréquemment des otites moyennes à l'autopsie des nouveau-nés. L'emploi des gargarismes et des pulvérisations antiseptiques dans la cavité bucco-pharyngienne s'impose donc pour prévenir les otites qui viennent compliquer secondairement la pneumonie, la rougeole, la fièvre typhoïde, etc. Ces faits prouvent une fois de plus l'utilité pratique des études bactériologiques, qui nous suggèrent tant d'indications au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique.

M. le Dr *Lannois* (de Lyon) a lu un travail sur **les affections de l'oreille aggravées par le téléphone**. L'emploi souvent répété de cet instrument n'a pas d'inconvénients graves pour les oreilles normales ; mais il est nuisible pour les oreilles déjà malades. Les troubles consistent surtout en diminution de l'ouïe par fatigue de l'attention auditive. Ces accidents, souvent passagers, disparaissent avec l'accoutumance à l'appareil ; en tout cas, ils cessent dès qu'on ne fait plus usage du téléphone.

M. *Lichtwitz* (de Bordeaux) a rapporté cinq observations de **névroses réflexes d'origine nasale et pharyngée.** — Un cas de névralgie des trois branches sensitives du trijumeau guéri par des cautérisations nasales ; un cas de tic convulsif de la face, considérablement amélioré par le même traitement ; deux cas de toux spasmodique datant de l'enfance, dont un fut guéri par l'ablation des extrémités postérieures des cornets inférieurs, et l'autre par l'ablation de l'amygdale gauche hypertrophiée ; un cas de toux et de vomissement matinal guéri par la cautérisation des bourrelets hypertrophiques du pharynx.

Il existe, d'après l'auteur, deux catégories d'affections névropathiques qui, toutes les deux, peuvent être favorablement influencées par des opé-

rations nasales et pharyngées: 1° les névroses réflexes proprement dites, qui dépendent d'une lésion des fosses nasales ou du pharynx (adhérences congénitales ou cicatricielles, polypes muqueux, crêtes osseuses, etc.) ; 2° les névroses d'origine centrale, qui s'accompagnent de l'hypérémie, de la turgescence et de l'hypéresthésie, surtout de la muqueuse nasale. Les cautérisations nasales, pratiquées dans ces derniers cas, agissent comme révulsifs sur un point d'élection.

M. *Massei* (de Naples) a relaté trois faits de **corps étrangers des voies aériennes** dans lesquels : 1° les malades ne s'étaient pas aperçus de l'accident ; 2° la pénétration du corps étranger s'était faite sans phénomènes tapageurs ; ces accidents ont seulement apparu au moment de la réaction inflammatoire. Dans le premier cas, il s'agit d'une arête de poisson vue au moyen du laryngoscope, au niveau du troisième anneau de la trachée. Le deuxième est relatif à une dame présentant de l'œdème de la glotte, qui a été trachéotomisée et a expulsé un os de poulet. Le troisième malade avait de l'infiltration et de l'immobilité des cordes, il a été trachéotomisé sans succès. A l'autopsie, on a trouvé au-dessous des cordes un gros morceau d'os de bœuf. L'orateur conclut en disant que, dans les cas douteux d'infiltration des cordes, il faut songer à la possibilité d'un corps étranger.

M. *Joal* estime que certains **phénomènes de la ménopause,** bouffées de chaleur, rougeurs subites de la face, céphalalgies, vertiges, épistaxis, cauchemars, étouffements, éruptions de l'aile du nez et des lèvres, qui sont mis ordinairement sur le compte de poussées congestives vers l'extrémité céphalique, de troubles circulatoires d'ordre mécanique, de fluxions supplémentaires, sont **sous la dépendance du nez.**

L'auteur relate les observations de quatre malades chez qui des céphalalgies, cauchemars, vertiges, accès d'asthme, éruption de la face, ont été guéris par un traitement nasal. Les phénomènes du nez sont secondaires et se produisent par l'intervention du facteur génital dont l'auteur a montré l'influence dans de précédentes publications. Au moment de la puberté et de la ménopause, l'excitation physiologique ou pathologique des organes génitaux, fait sentir son influence sur la pituitaire par action réflexe. Le tissu érectile du nez se tuméfie, et les névropathies nasales se développent.

M. *Koch* (Luxembourg) établit les indications et les contre-indications de la **trachéotomie chez les phtisiques.** Il ne faut pratiquer cette opération que si l'obstacle siége au larynx ou à la trachée. Il ne faut pas opérer dans les cas de dyspnée due à la diminution de la surface respiratoire des poumons, à l'insuffisance des muscles respiratoires, à la présence de caillots dans le poumon, en un mot dans les cas de dyspnée pulmonaire. Dans l'opération, il faut toujours ménager le cartilage cricoïde qui est le plus souvent malade. Il faut la pratiquer comme dans les cas de cancer laryngé.

Conclusions: Lorsque, dans la phtisie laryngée, la vie est compromise par un obstacle laryngé, il faut faire la trachéotomie. Il faut pratiquer la trachéotomie profonde en ménageant le cricoïde. La trachéotomie est purement symptomatique, elle peut être curative dans les cas de polypes tuberculeux du larynx. Si la trachéotomie est refusée, il faut prescrire le repos absolu et le traitement topique. Si les signes de sténose laryngée se présentent chez une femme enceinte, il faut pratiquer l'opération avant le terme de l'accouchement. La trachéotomie, pratiquée selon les indications précitées, procure une survie de plusieurs années ; elle évite le plus souvent des accidents imprévus (mort par suffocation, etc.).

M. *Hering* (de Varsovie) pense que l'**empyème de l'antre d'Hygmore** est plus fréquent qu'on ne le croit généralement. Il passe souvent inaperçu. L'auteur s'est servi du procédé de Voltolini, qui place dans la bouche du malade une lampe électrique et observe la transparence des pommettes. A l'état normal, la transparence est complète. S'il y a du pus dans l'antre d'Hygmore, la lumière ne passe plus du tout. C'est là un procédé très commode.

M. *Cozzolino* a revendiqué la priorité de cette méthode attribuée à Voltolini.

M. *Chervin* (de Paris) présente au Congrès un essai de **classification des troubles de la parole.** Il expose d'abord la physiologie du langage, qu'il décompose en trois temps : 1° Formation des idées, la pensée ; 2° Coordination des idées et leur transmission ; 3° Articulation des mots par les organes phonato-articulatoires.

Chacun de ces trois temps peut être troublé dans son exécution. On aura donc :

1° Des troubles de la pensée qui peuvent être : *a)* Permanents (toutes les maladies mentales ; *b)* Passagers (dus à la colère, à la timidité, à l'émotion) ;

2° Des troubles de coordination des idées et de leur transmission aux organes. Ce groupe se subdivise en : *a)* ... (aphonie, cécité verbale, ophémie, agraphie) ; *b)* Troubles sans lésions organiques (bégaiement et ses variétés) ;

3° Des troubles dans la fonction des organes phonato-articulatoires, qui se divisent en : *a)* Troubles avec lésions organiques (absence de la langue, bec-de-lièvre, paralysies buccales, division du palais, etc.). *b)* Troubles sans lésions organiques (blésité avec ses deux variétés : le zézaiement et le clichement).

M. Fr. *Egidi* (de Rome) compare le **tubage et la trachéotomie.** Pour lui, la trachéotomie est bien supérieure, comme résultats et comme commodité, au tubage. Voici ses conclusions :

Le tubage, grâce à nos moyens actuels, est inférieur à la trachéotomie ; on ne doit l'employer que si la trachéotomie est énergiquement refusée par le malade ou les parents ; il doit remplacer la trachéotomie dans les sténoses laryngées ; cependant il peut rendre des services si les moyens pratiques deviennent meilleurs.

M. *Lubet-Barbon* (de Paris) a fait du tubage 12 ou 15 fois, et n'a eu de succès que dans un cas où le malade a expulsé le tube. Il ne faut donc pas faire du tubage une méthode de traitement. Il n'est indiqué que dans les cas, difficiles d'ailleurs à prévoir, où la canule pourrait être enlevée au bout de 24 heures. En outre, les soins à donner aux tubés sont bien plus considérables que ceux à donner aux trachéotomisés. Il faut d'abord empêcher les aliments de passer par le tube, ce n'est point là un mince inconvénient.

D'après M. *Schnitzler* (de Vienne), certains auteurs prétendent que toutes les **ulcérations du larynx** sont spécifiques, tuberculeuses ou syphilitiques ; d'autres, au contraire, sont d'avis qu'il

existe des ulcérations *catarrhales*, siégeant le plus souvent à la partie antérieure des cordes et à la région interaryténoïdienne. Le contour de ces ulcérations est hyperémié, elles guérissent sans laisser de cicatrices. L'auteur insiste aussi sur ce fait que les petits tubercules du larynx sont plus fréquents qu'on le croit généralement ; ils peuvent être reconnus au laryngoscope. Comme traitement de la phthisie laryngée, l'iodoforme, l'acide phénique, le sublimé lui ont donné d'aussi bons résultats que l'acide lactique. Il est très satisfait de l'usage qu'il fait du baume du Pérou.

M. *Hering* (de Varsovie) dit qu'il existe des ulcérations catarrhales, les unes superficielles, guéries rapidement, les autres profondes. Le diagnostic avec la tuberculose laryngée doit se faire au microscope. La présence de bacilles est le criterium. Il est d'avis que la phtisie laryngée peut guérir surtout avec le curettage et l'acide lactique. Sur 200 cas traités de cette façon, il a eu 40 cas de guérison.

M. *Cartaz* (de Paris) traite **de l'ictus laryngé**. — Après avoir rappelé les observations antérieures, au nombre de 21, publiées depuis les premiers faits du professeur Charcot, il en relate quatre cas.

Les deux premiers sont des faits classiques survenus chez des arthritiques goutteux, à l'occasion d'une laryngo-bronchite légère. Au milieu d'une quinte de toux, les malades ont été pris de sensation de vertige, puis ont eu une perte de connaissance d'une durée de quelques secondes. Dans un de ces cas, le point de départ de l'irritation noïde de la base de la langue, venant frotter contre l'épiglotte. La cautérisation de ce tissu fit disparaître les quintes de toux et les accidents de vertige syncopal. Chez un 3e malade, la syphilis était la cause directe des accès.

Enfin le 4e cas a été observé chez un tabétique avéré ; avec de petites crises de spasme, le malade a eu, en quelques mois, huit grandes crises d'ictus. Chez tous ces malades, il existait une hypéresthésie de la muqueuse du larynx.

M. Cartaz discute les opinions émises sur la pathogénie de ces accidents et pense que dans la majorité des cas il s'agit de troubles réflexes causés par l'hyperexcitabilité de la muqueuse des voies aériennes supérieures, excitation transmise aux centres bulbaires par les filets de pneumogastrique et déterminant tantôt de simples troubles passagers, vertigineux, spasmodiques, tantôt une véritable syncope, un ictus complet. Ce n'est que dans une catégorie restreinte de cas que l'on peut invoquer (obs. de Charcot, Garel), comme cause déterminante, les troubles asphyxiques causés par la violence des quintes de toux.

M. *Lubet-Barbon* (de Paris) a montré, par des recherches faites en commun avec le Dr Despagnet, qu'il existe des **larmoiements** qui ne sont pas curables par le traitement direct de l'œil et de ses annexes. C'est parce que la cause de ces larmoiements ne siège pas dans ces points, mais dans la muqueuse nasale. La caractéristique de ces larmoiements est d'être rebelles à tout traitement oculaire, intermittents, de se produire sans cause appréciable (froid, travail prolongé), de s'accompagner de photophobie, de sensation de cuisson des paupières. Objectivement on ne trouve pas de lésions de la muqueuse, des canaux lacrymaux qui sont perméables, ni du sac lacrymal ; et cependant les injections poussées dans les points lacrymaux ne passent pas par le nez, c'est-à-dire que l'obstacle siège plus bas, dans les parties inférieures du canal nasal. En effet, les cornets inférieurs sont augmentés de volume, rouges, tantôt se rétractent par la cocaïne, tantôt ne se rétractent pas. Cette rétraction partielle atténue les symptômes oculaires, d'où l'indication thérapeutique de détruire, par des cautérisations galvaniques, le tissu érectile dont l'augmentation de volume gêne le cours de larmes.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Les bains hygiéniques et thérapeutiques dans l'enfance.

Les bains doivent être envisagés au double point de vue de la thérapeutique et de l'hygiène. Les *bains hygiéniques* n'ont guère d'adversaires, parmi les médecins du moins ; ils ont seulement des partisans plus ou moins ardents. Les *bains thérapeutiques* sont assez négligés ; c'est-à-dire que beaucoup de médecins ne songent pas à tout le parti qu'on en peut tirer.

Le traitement des nouveaux-nés en état de mort apparente, comporte l'emploi de *bains très chauds employés pour ranimer la vitalité*. En 1872, G. Le Bon les préconisait. En 1881, Goyard citait un succès obtenu par le bain chaud après deux heures d'autres tentatives inutiles et alors que les battements du cœur n'étaient plus le moins du monde perceptibles. Campardon, en 1882, ranimait, après deux minutes d'immersion, un nouveau-né pour lequel tous les autres procédés avaient échoué. Gamrekeloff (de Tiflis,) en 1885, déposait aussi en faveur de ce moyen ; après deux courtes immersions, une petite fille, pour laquelle on avait employé sans résultat tous les autres moyens, ouvre les yeux et agite ses membres ; après la troisième elle fait une inspiration et un cri ; on continue les immersions un certain nombre de fois, la respiration se régularise de plus en plus. — J'ai deux fois employé ce moyen moi-même avec succès, quand je remplissais les fonctions d'interne chez M. Siredey, qui dirigeait, à cette époque, la salle d'accouchements à Lariboisière.

On peut, soit mettre l'enfant dans un bain à 38°, et l'y maintenir en élevant progressivement la température à 43° : le résultat en peut être alors le reflux progressif du sang de la périphérie vers les centres encéphaliques ; ou bien on peut plonger l'enfant dans un bain aussi chaud que la main peut le supporter, par exemple à 45° environ ; mais il s'agit d'une simple immersion, l'enfant est plongé jusqu'au cou et aussitôt retiré. Le mode d'action est différent, il consiste en une vaste et intense révulsion, appel désespéré aux derniers réflexes excito-moteurs qui peuvent subsister dans l'axe nerveux.

Les *bains chauds prolongés* ont été employés par Crédé, Denucé, Winckel pour lutter *contre l'hypothermie des nouveaux-nés prématurés ou débiles*. Winckel a formulé ainsi les indications des bains chauds permanents : 1° faiblesse extrême (enfants prématurés, de 28 à 36 semaines) ; 2° état d'asphyxie profonde par suite d'hémorrhagies par le cordon après l'accouchement ; 3° cas d'affections cutanées telles qu'intertrigo, pemphigu

étendu d'origine non syphilitique ; 4° sclérème, maladies du cordon, opérations, telles que celle de l'atrésie anale. Winckel a maintenu *plusieurs jours de suite* des enfants dans un bain de 36° à 38°, avec des interruptions de quelques minutes, en ajoutant de l'eau chaude toutes les heures ou demi-heures pour conserver la température voulue ; les enfants pouvaient boire et dormir dans ces bains.

A l'exception de quelques cas spéciaux de dermatologie, il nous semble que la couveuse Tarnier, suffit à réchauffer les hypothermiques et à préserver les débiles contre le refroidissement.

I

Bains hygiéniques. — *Premier bain.* — Le premier des bains hygiéniques, est donné à l'enfant aussitôt après la section et la ligature du cordon.

C'est un bain de nettoyage, qui a pour but de commencer à enlever l'enduit épidermique et sébacé de la peau ; je dis commencer, car il n'y a pas lieu de laisser macérer l'enfant dans l'eau pendant un quart d'heure, comme le font certaines sages-femmes, dans l'intention de mieux nettoyer l'enfant. Il suffit de *cinq minutes* pour laver la peau avec une éponge propre, molle et fine, pendant qu'une seconde personne tient l'enfant avec une main sous le siège, l'autre, les doigts écartés, embrassant la région dorsale, l'index sous l'une des aisselles et le pouce sous l'autre.

La température du bain doit avoir été mesurée *avec un thermomètre.* Pour le premier bain 35° est une température convenable. Biedert nous semble un peu imprudent de conseiller dès la naissance ; il est vrai que cet auteur vise l'endurcissement des enfants, puisqu'il abaisse progressivement la température des bains à 30° à six mois et à 28° à la fin de la première année. Mais, avant de penser à endurcir les nouveau-nés, il n'est pas mauvais de les laisser vivre en ne les exposant pas à contracter dès le début de leur vie quelque refroidissement préjudiciable. Un bain à 35° produit déjà un petit abaissement de température de 0°,5 en moyenne.

Pendant que l'enfant est frotté dans le bain, des serviettes fines, une flanelle chauffent devant le feu et servent à l'essuyer très minutieusement dès qu'on le retire de l'eau. Toutes les parties du corps doivent être *essuyées* ; c'est l'évaporation de l'eau sur certains points de la surface cutanée qui peut être une des causes du coryza que prennent quelques enfants dès le premier bain, et j'ai insisté déjà sur les inconvénients très notables du coryza au début de la vie.

Après ce premier bain, quelques auteurs conseillent de laisser passer 3 ou 4 semaines avant de soumettre l'enfant à l'usage régulier des bains généraux. Pendant ce laps de temps on se contenterait des *lavages à l'éponge* exécutés lestement une heure et demie après la précédente tétée et, autant que possible, un certain temps après le réveil, pour ne pas procurer à ce système nerveux impressionnable une trop désagréable surprise en le faisant passer brusquement de la tiédeur du berceau aux caresses toujours un peu brutales de l'éponge.

En faisant les lotions, il faut que la nourrice ait bien soin de ne pas se contenter de mouiller les larges surfaces accessibles du tronc et de la continuité des membres, en négligeant les plis inguinaux, axillaires et périnéaux ; l'intertrigo et l'eczéma, surtout chez les enfants prédisposés, sont provoqués presque toujours par un insuffisant enlèvement de la sécrétion sudorale et sébacée et de la desquamation épidermique, auxquelles se joignent les déjections.

On peut employer l'eau simple dégourdie, additionnée de quelques gouttes d'un alcoolat ou d'un vinaigre aromatique. La décoction de feuilles de noyer est recommandée par M. J. Simon, à cause de ses propriétés astringentes, quand la peau est particulièrement délicate. Je crois l'usage de l'eau boriquée à 3 pour 100 très utile à la moindre excoriation, comme aussi l'eau naphtolée à 0 gr. 20 pour 1000. L'eau amidonnée trouve son indication dans certains érythèmes. Je ne vois pas grand avantage à l'eau de son recommandée par beaucoup de sages-femmes.

Le lavage terminé, on saupoudre avec soin tous les plis de flexion avec la poudre de lycopode, d'amidon, de bismuth, de talc. Se méfier des poudres de riz parfumées et surtout colorées qui peuvent contenir quelques ingrédients irritants.

Les bains pendant la première année ne doivent être ni trop fréquents, ni trop prolongés, ni trop chauds.

Fréquence. — La coutume anglaise du bain quotidien (ou même bi-quotidien), qui est adoptée dans beaucoup de familles françaises, n'est sans inconvénients qu'à la condition de réduire le bain à une immersion suivie aussitôt d'un essuyage aussi minutieux que celui dont nous avons parlé à propos des lotions. Le bain est alors une ablution totale faite d'un seul coup et peut être plus commode. Prolongé plusieurs minutes, le bain quotidien peut ne pas convenir à tous les enfants. Depaul était partisan du bain quotidien ; la majorité des maîtres actuels s'accorde à dire que chez les tout jeunes enfants deux ou trois bains par semaine suffisent. Fixons en général 3 par semaine en été, 2 en hiver.

« Il y a, dit Uffelmann, des nourrissons qui s'affaiblissent et s'étiolent quand on les baigne tous les jours, même avec toutes les précautions imaginables et à la température convenable. Souvent cet effet tient à la délicatesse primordiale de leur constitution ; souvent on n'en peut pas trouver la cause, mais le fait lui-même est indubitable ; car, après la cessation des bains quotidiens, ces enfants recommencent à devenir vigoureux et florissants. »

Température et durée. — Il faut se garder aussi bien des températures élevées que des basses. On a dit que les bains trop chauds pouvaient produire le trismus, le pemphigus (Sohn) ; il est certain qu'ils peuvent congestionner l'encéphale et que leur usage rend les enfants mous, apathiques, les expose par la macération de l'épiderme à des manifestations dermopathiques plus faciles, s'ils y sont prédisposés, et favorise les transpirations, par suite le refroidissement.

Le professeur Tarnier conseille le bain frais à 25° ; en été, à la température de l'eau non chauffée ; comme durée, 2 ou 3 minutes au plus.

Ces règles générales sont susceptibles de modifications suivant les cas particuliers. Je conseille en général d'accoutumer progresssivement les nouveau-nés à l'eau fraîche. L'eau des premiers bains sera d'abord à 32° en hiver et à 27° en été ; puis on diminuera graduellement de façon à les donner à 25° seulement du 3e au 4e mois. Il faut insister

pour que la température du bain soit toujours prise au thermomètre.

Heure. — La plupart des médecins conseillent neuf heures du matin, en toute saison. Donné, Tarnier disent qu'il est plus commode de donner le bain le soir, et que cette pratique a pour avantage de calmer l'enfant, de le préparer à goûter un meilleur sommeil ; — ce qui n'est pas à dédaigner pour beaucoup d'enfants des villes, et notamment de Paris où, névropathes par hérédité, et subissant, dès les premiers temps de leur vie, le contre-coup de l'excitation générale, ces petits êtres, qui servent trop souvent de jouet à leur entourage, arrivent à la fin de la journée mal disposés à dormir. Ces bains du soir seront, dans la pratique, rejetés par beaucoup de familles, parce qu'ils concordent peu avec nos habitudes sociales et le train ordinaire de la vie urbaine ; on les réservera donc comme bains thérapeutiques calmants, pour les cas où les enfants seront particulièrement excités et portés à l'insomnie. On en élèvera la température à 32°, et on les prolongera cinq minutes.

Après le bain, sauf par les temps chauds, il est préférable de ne pas sortir l'enfant immédiatement.

Dans la seconde année, les bains fréquents ont moins d'inconvénients, et on peut les conseiller tous les deux jours. Plus tard, ils seront toujours nécessaires une fois par semaine.

La plupart des enfants qui ont été habitués aux bains tièdes ou frais dès les premiers temps de la vie, s'y soumettent parfaitement et y trouvent même plaisir ; c'est un jeu, c'est un des moments de la journée où l'épanouissement de leur visage [illegible] certains enfants qui ont vraiment une répugnance extrême pour l'immersion totale dans l'eau. Cette hydrophobie est souvent la conséquence de précautions insuffisantes prises pour rendre les premiers bains aussi agréables que possible, l'enfant ayant conservé un souvenir pénible de ses premières baignades. Le moyen de réconcilier ces enfants avec l'eau n'est pas de les plonger brusquement et d'autorité dans la baignoire, mais de les soumettre à des ablutions partielles de plus en plus étendues au voisinage de la baignoire, dans laquelle on finit par les plonger au bout de quelques jours quand ils se sont familiarisés avec sa présence.

On voit d'autres enfants qui, après avoir pris sans répugnance et avec plaisir les bains pendant plusieurs mois, manifestent tout d'un coup l'horreur pour l'immersion totale, quand une maladie intercurrente a obligé de la supprimer pendant un certain temps. Il faut alors refaire l'accoutumance progressive ; on peut user aussi du moyen connu, mais vraiment efficace, qui consiste à recouvrir la baignoire d'un drap, sur lequel l'enfant est placé et qu'on laisse lentement s'enfoncer sous son poids, tout en jouant avec le bébé qui s'aperçoit à peine de l'entrée dans l'eau et ne proteste plus quand elle est faite.

II

Bains thérapeutiques. — Les bains peuvent rendre les plus grands services dans la thérapeutique de l'enfance. Les modifications qu'ils impriment à l'organisme dépendent soit de leur température, soit de l'addition de substances médicamenteuses.

Au point de vue de la température, les bains sont dits froids au-dessous de 20° C., frais de 20° à 25°, tièdes de 25° à 30°, chauds de 32° à 40° (Diel et Wetzler).

On peut tirer quelquefois parti de l'élévation graduelle, mais surtout de l'abaissement progressif de la température.

Le bain *graduellement refroidi*, dont mon maître, M. le professeur Bouchard, a fait une des bases de son traitement de la fièvre typhoïde, n'a pas été assez utilisé chez l'enfant dans les autres maladies hyperthermiques. Instruit par son enseignement, j'ai eu, pour ma part, plusieurs fois à me louer de l'avoir employé dans la fièvre typhoïde, la scarlatine maligne et le rhumatisme cérébral.

Ellis, qui conseille aussi le bain refroidi, dit que « l'enfant doit être immergé d'abord dans de l'eau à 35°, qu'on refroidit ensuite en 30 minutes environ, jusqu'à la température de 21°, ou même plus bas, s'il est nécessaire, par l'addition d'eau froide ».

J'ai employé toujours, et je la crois préférable, la méthode de M. Bouchard : mettre l'enfant dans un bain à 2 degrés au-dessous de la température rectale du malade (le bain aura, par exemple, une température initiale de 38°, si le malade a 40°) ; de dix en dix minutes, on abaisse la température de un degré par addition d'eau froide, et on retire l'enfant du bain quand celui-ci a été ramené à 30°. Au-dessous de cette température, le frisson éclate, le collapsus pourrait se montrer.

L'enfant est enveloppé dans une couverture de laine, replacé dans son lit et vigoureusement frictionné, en même temps qu'une boule d'eau chaude est placée à ses pieds. Cette méthode de balnéation a le grand avantage d'amener infailliblement un abaissement thermique, qui n'est quelquefois que d'un demi-degré, qui atteint habituellement 1 degré, parfois 2 et même 3 degrès ; cette chute de la température est obtenue sans impression désagréable, sans secousse nerveuse, sans crainte de collapsus. On peut, sans bataille avec l'enfant, lui faire prendre ainsi plusieurs bains par 24 heures. Ils conviennent, je l'ai dit, aux maladies hyperthermiques, notamment au début des fièvres éruptives, quand l'exanthème tarde à paraître, dans les complications cérébro-spinales des infections.

Les bains *à température croissante* peuvent être quelquefois utilisés pour réchauffer des malades en état de collapsus algide. Je les ai employés dans des cas d'entérite cholériforme, et chez un enfant qui avait été soumis à une semi-congélation, ayant passé une nuit d'hiver sans asile sous la neige. En pareil cas une grande prudence est de rigueur et il est bon de faire suivre le bain, qui ne doit être échauffé que lentement et qui ne doit pas être prolongé au delà d'une demi-heure, d'une friction alcoolique ; l'application de compresses imbibées d'eau froide sur la tête et la nuque combattra la tendance à la congestion encéphalique.

Bains médicamenteux. — On peut en attendre une action topique ou une action générale, quelquefois les deux à la fois.

L'action topique est cherchée dans certaines dermatoses ou manifestations cutanées des maladies générales : on emploie ainsi les bains sulfureux, d'amidon, alcalins, gélatineux, glycérinés, mercuriels et arsenicaux. Voici plusieurs formules que j'emprunte à Ellis et à divers auteurs :

Bain sulfureux.

Sulfure de potassium.......... 60 gr.
Eau chaude.......................... 45 litres.
Baignoire de bois, de zinc ou de fonte émaillée.

Bain gélatineux.

Gélatine...................... 120 gr.
Ajouter assez d'eau chaude pour faire dissoudre et mêler le tout avec 20 litres d'eau environ.

Bain acide.

Acide nitrique............. 30 gr.
Acide chlorhydrique....... 60 gr.
Eau chaude.............. 60 litres environ.

Le bain doit être préparé dans une baignoire en bois. Durée 10 minutes.

Bain alcalin.

Carbonate de soude........... 100 gr.
Eau.......................... 60 litres.

Bain de glycérine.

Glycérine.................... 150 gr.
Gomme adragante............. 50 gr.

Faites bouillir dans un litre d'eau, ajoutez 20 litres d'eau chaude.

Bain arsenical.

Arséniate de soude, 5 à 10 gr., pour un bain.
Peut être utile dans certaines dermatoses non aiguës, torpides et dans certains rhumatismes noueux.

Bain mercuriel.

Bichlorure de mercure........ 0 gr. 50 c.
Alcool...................... 8 gr.
Eau distillée................... 30 gr.
Verser cette solution dans l'eau du bain.

Il ne faut pas oublier que les bains de sublimé, qui sont vraiment utiles contre les manifestations cutanées syphilitiques, ne tiennent pas lieu du traitement interne.

L'action générale des bains médicamenteux peut avoir pour résultat d'éveiller les réactions du système nerveux brusquement ou lentement, de le stimuler s'il est torpide, de le déprimer s'il est trop excité

Parmi les bains médicamenteux, les uns agissent immédiatement sur les extrémités nerveuses de la peau, c'est le cas des bains sinapisés, salés, ferrugineux, astringents ; d'autres, par les émanations qui s'en dégagent, bains alcooliques et vineux, sulfureux, iodo-bromés, de valériane, de tilleul et d'autres espèces aromatiques.

Bain sinapisé.

Farine de moutard............ 60 gr.
Eau chaude..................... 20 litres

L'enfant doit être rapidement immergé — sauf la tête, bien entendu, — ne pas y être laissé plus de quelques secondes, retiré dès que la peau rougit et replongé 2 ou 3 fois de suite.

A propos de ce bain comme à propos des bains médicamenteux contenant des substances irritantes, il faut recommander de prendre garde que quelques gouttes d'eau ne rejaillissent dans les yeux.

Bain ferrugineux.

Sulfate de fer ou citrate de fer ammoniacal.................................. 15 gr.
Eau.. 20 gr.
Verser dans l'eau d'un bain.

Bain astringent.

Ecorces de quinquina ou de chêne, 150 gr., faire bouillir une demi-heure dans 1/2 litre d'eau, passer au tamis. Verser la décoction dans l'eau du bain.

La décoction *de feuilles de noyer* est astringente à un moindre degré.

Bain iodé.

Iode........................ 60 gr.
Solution de potasse......... 15 gr.
Eau......................... 30 litres.

Bain de brome

Brome..................... V gouttes.
Iodure de potassium....... 15 gr.
Eau....................... 30 litres

Bain de valériane.

Racine de valériane........... 4 gr.
Eau bouillante................. 1 litre.
Faire infuser et verser dans le bain.

Bains de tilleul.

Fleurs de tilleul......... 250 à 500 gr.
Faire infuser une heure.

Bain aromatique.

Espèces aromatiques (feuilles et sommités d'absinthe, d'hysope, de menthe poivrée, d'origan, de romarin, de sauge, de serpolet de thym). 1 kilogr.
Eau bouillante............. 12 litres.

Faites infuser 1 heure, passez, mêlez à l'eau du bain.

Bain salé.

Sel commun ou eaux-mères de Salins, de Salies-de-Béarn. Quantité variable.

Les indications des bains de valériane, de tilleul, d'espèces aromatiques, sont les états névropathiques (la chorée, l'irritation cérébrale) l'é...

Les bains salés, sulfureux, iodés et bromés conviennent au lymphatisme, à la scrofulo-tuberculose.

Les bains alcoolisés, bains de vin, trouvent leurs indications dans les états adynamiques, les collapsus, le choléra infantile.

P. Le Gendre.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos du traitement de la pleurésie.

Il est toujours délicat et il pourrait même paraître présomptueux à un médecin, simple praticien, de discuter certaines questions étudiées, approfondies et déjà presque résolues par les maîtres de notre art. La modestie ne doit pas cependant aller jusqu'à nous induire en une timidité qui serait, en certains cas, une défection.

Ces réflexions, que j'inscris ici en manière d'exorde... insinuant, me sont inspirées par la lecture du remarquable article que notre savant confrère le Dr P. Le Gendre vient de publier ici même sur la «pathogénie et le traitement des pleurésies» (1).

Avec la clarté et l'entrain qui lui sont familiers, et appuyé sur une riche et intéressante érudition, M. Le Gendre nous expose l'état actuel des opinions médicales en matière de pleurésies et nous fait part de ses propres préférences pour le traitement de cette maladie.

Je passe condamnation sur la première partie de ce travail. Bien que je me sois efforcé, avec preuves à l'appui, de protester contre l'absolutisme de la thèse qui tend à faire de toutes les pleuré-

(1) *Concours médical*, n° 38, 21 septembre 1889.

sies dos « nids à tubercules », j'accorde, pour le moment, en reproduisant les propres expressions de M. Landouzy (cité par M. Le Gendre), que « toute pleurésie à grand épanchement qui ne relève ni d'une infection (scarlatine, puerpérisme, pneumomie, fièvre typhoïde), ni d'une dyscrasie (rhumatisme), ni d'un trauma (fracture de côte, infarctus pulmonaire) est toujours tuberculeuse. » Mettons qu'elle l'est le plus souvent, et passons ; il nous reste, pour nous défendre, ce large terrain du rhumatisme, des traumas et des infections, sur lequel nous pourrons toujours reconstituer nos arguments cliniques.

Mais, je le répète, ce n'est pas par ce côté que je désirerais discuter certaines des assertions émises par M. Le Gendre. L'une d'entre elles m'a paru faire un contraste si grand avec ce que la pratique nous a jusqu'ici enseigné, que je me hasarde à en contester tout au moins la teneur absolue. Il s'agit du traitement des pleurésies, et notre savant confrère écrit : « Si on veut caractériser en peu de mots les progrès réalisés dans la THÉRAPEUTIQUE des pleurésies dans ces dernières années, on peut le faire en disant qu'il est devenu essentiellement chirurgical ». Eh ! bien, même avec l'atténuation dont M. Le Gendre fait suivre ce verdict : — « ce qui ne veut pas dire que le médecin a abdiqué devant le chirurgien, » mais qu'il doit « intervenir plus souvent qu'autrefois manuellement et instrumentalement, avec hardiesse et surtout antisepsie » ; — oui, même avec cette réserve, je me permets de trouver cette opinion absolue. Que certaines pleurésies, et sent directement et prématurément au trocart ou au bistouri chirurgical, rien de plus cliniquement vrai. Mais n'est-il pas tout un groupe de pleurésies, à grand ou moyen épanchement, et quelle que soit la cause qui les a engendrées (froid, tubercule ou rhumatisme), qui puissent être traitées et guéries, je dis guéries rapidement, par des moyens exclusivement médicaux ? J'ai, pour ma part, à mon actif, une trentaine de cas de pleurésies séreuses, aiguës, que j'ai traitées et guéries dans une durée moyenne de *douze* à *quinze* jours, et sans avoir recours à aucune opération chirurgicale.

Il est vrai que le traitement que j'emploie, s'il est censé être connu, puisque j'ai publié mes premières observations en 1882 dans la *Gazette hebdomadaire* (2), n'est pas celui de tout le monde — malheureusement. Ce traitement repose sur l'action si énergiquement sialagogue et diaphorétique du nitrate de pilocarpine en injections hypodermiques. Depuis une dizaine d'années, j'ai soigné toutes mes pleurésies séreuses par ce procédé, aidé de badigeonnages de teinture d'iode et de toniques à l'intérieur, et la résorption de l'épanchement a toujours été si complète et si rapide que je n'ai jamais eu besoin d'avoir recours à la thoracentèse. Mais je précise : je ne parle ici que des pleurésies séreuses survenues sous l'influence de n'importe quelle cause. J'ai, parmi mes observations, des pleurésies très certainement tuberculeuses, il en est d'autres, rhumatismales, une était survenue après une scarlatine ; et toutes celles que j'ai ainsi traitées ont guéri radicalement, dans un délai moyen de quinze jours. La plus longue durée que j'ai observée fut de vingt jours, chez un enfant, candidat probable à la tuberculose. Je vais tout à l'heure indiquer par le menu les détails de ce procédé de traitement aussi élégant qu'inoffensif et surtout actif ; mais, si je ne crains pas de me mettre ainsi en avant et de préconiser une méthode thérapeutique comme mienne (1), c'est que cette méthode me paraît précisément remplir l'une des premières indications que visent tous les cliniciens et sur laquelle insiste, avec raison, M. Le Gendre. « Le principal danger, dit-il, pour l'avenir résidant dans les *adhérences pleurales*, ce sont elles que le traitement doit avoir en vue. » Rien de plus juste et de plus vraiment clinique. Mais, si un traitement contre les adhérences en voie de s'effectuer est utile, à plus forte raison doit-il être bon, celui qui tendrait à les empêcher de naître.

Or, s'il était démontré par quelqu'un d'autorisé que l'injection quotidienne sous la peau d'un pleurétique d'un centigramme, un centigramme et demi, et rarement deux centigrammes de nitrate de pilocarpine, aidée au besoin d'un seul vésicatoire et de larges badigeonnages de teinture d'iode, suffit à faire résorber en dix ou douze jours un épanchement moyen, est-ce qu'on n'éviterait pas, par là, au malade le gros danger des adhérences auxquelles on ne donne pas le temps de s'organiser ? Et s'il était en outre prouvé que ce traitement fait, neuf fois sur dix, tomber la fièvre, que le malade qui le supporte n'en est en rien incommodé, que des enfants de cinq ans ont pu recevoir ces injections et que le médecin est même obligé de refréner l'appétit de ses malades, est-ce qu'il serait encore permis d'affirmer que le traitement moderne contemporain de la pleurésie est et doit être « essentiellement chirurgical » ?

Notez bien que celui qui écrit ces lignes est à ce point ennemi du système qu'à chaque occasion nouvelle qui lui est fournie d'appliquer ce traitement, il se fait dans son esprit un débat assez long. Bien que convaincu par une expérience plus de vingt fois répétée que ces injections produisent un effet sûrement curatif, c'est avec une hésitation toujours renouvelée que je me décide à les faire et il faut que mon oreille, collée sur la poitrine de mon patient, et ma main qui la palpe et mon doigt qui la percute m'apportent leurs irréfutables affirmations pour qu'à chaque fois je me convainque de la guérison cherchée et obtenue.

Mais, tenez, mon cher et très savant confrère, puisque je me suis permis de vous prendre à partie dans votre propre journal, laissez-moi pousser la hardiesse encore plus loin et vous interviewer à la moderne. Vous avez, à Paris, des ressources que je n'ai point ici ; les pleurétiques pleuvent autour de vous, tandis que moi j'en suis réduit à guetter les quelques rares cas qui se présentent à ma pratique.

Voulez-vous faire l'honneur au traitement que je préconise de le soumettre à une expérience critique et clinique ? Quand vous aurez injecté chaque jour, dans le flanc, ou à la région dorsale d'une vingtaine de pleurétiques, de pleurétiques simples, et au début de la maladie (car je ne pré-

(1) V. *Journal de médecine de Bordeaux*, 22 juillet 1888.

(2) Traitement de la pleurésie séreuse par les injections hypodermiques de pilocarpine. *Gazette hebd. de médecine et de chirurgie*, 3 mars 1882.

(1) MM. Créquy, Vulpian, Bochefontaine, E. Farge et Granet ont publié des faits analogues.

tends pas que la pilocarpine puisse guérir des épanchements vieux de deux ou trois mois ou des pleurésies purulentes), quand vous aurez, dis-je, injecté un centigramme à un centigramme 1/2, ou deux au maximum, chez ces malades-là, donnez-nous en l'observation. Ecrivez pour la plus grande joie et l'enseignement des lecteurs du *Concours* une de ces fines et substantielles études comme vous savez les faire, et croyez que celui qui vous adresse cette demande ne sera pas le dernier à vous applaudir, même si de votre observation il résulte qu'il s'est abusé sur la valeur curative de ces injections. Dr A. Gobiveaud.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une détresse médicale imméritée.

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

« Je suis établi à X.... depuis 6 ans, comme officier de santé ; j'ai 42 ans ; j'ai fait deux autres postes avant celui de X.... ; en tout j'ai 10 ans d'exercice de la médecine. J'avais à X.... pour confrères deux docteurs, l'un de mon âge, que j'ai connu étant étudiant et l'autre très âgé qui est mort, il y a 6 mois, sans aucune fortune. Pendant 6 ans que nous avons exercé côte à côte, nous n'avons jamais eu l'ombre d'un dissentiment et pendant ces 6 ans j'ai pu vivre, péniblement il est vrai.... mais enfin je vivais grâce à la plus stricte économie, n'ayant à faire vivre que ma femme (je n'ai pas d'enfants ni de parents à soutenir) ; je n'ai jamais eu de garçon pour soigner mon cheval ; ma domestique et moi faisions cette corvée.

Aujourd'hui par suite de la venue d'un nouveau docteur, pour remplacer, soi-disant, notre vieux confrère mort à 84 ans ! je suis réduit à la misère noire. J'avais une bonne clientèle à la campagne qui me rapportait 3.500 francs environ et je faisais en ville environ 500 francs ; aujourd'hui je n'ai plus rien. Depuis le mois d'avril, où ce nouveau confrère s'est établi à X.... je fais des mois de 50 à 60 francs ; les très faibles avances que j'avais se sont englouties peu à peu et aujourd'hui 20 septembre 1889 j'ai pour toute fortune 40 francs en caisse et peut-être 5 à 600 francs à toucher de ceux qui me doivent.

Je ne vois pas d'autre cause au délaissement de mes anciens clients, que l'attrait de la nouveauté, et la puissance de la réclame faite en faveur du nouveau confrère établi parmi nous, malgré tout ce que nous avons fait pour l'en dissuader, et particulièrement malgré une lettre que je lui avais écrite pour lui représenter qu'en venant à X.... *il ruinait ma position*, le poste étant insuffisant pour trois jeunes médecins, — lettre que le président de notre Société médicale à qui je l'ai communiquée, a trouvée irréprochable. Je fais également partie du Syndicat de notre région en qualité de syndic. — C'est vous dire que je suis connu et estimé de tous mes anciens maîtres de l'école de Z.., et de tous les confrères des environs avec lesquels je n'ai jamais eu que des rapports courtois.

Après 10 ans d'efforts persévérants, j'ai obtenu ce résultat : Etre arrivé à la misère véritable, après m'être endetté de 5.000 francs dont je ne puis plus payer les intérêts ! Pourtant j'ai travaillé jour *et nuit* ; je n'ai pas boudé devant la tâche à accomplir malgré 3 attaques de rhumatisme articulaire aigu et une affection du cœur, que ces dernières épreuves font marcher à grands pas.....

Je viens vous demander, Monsieur le Directeur, si vous voyez un remède à cette situation désespérée, de vouloir bien me l'indiquer, et de me pardonner la longueur de cette lettre que j'aurais voulu faire plus courte.

Je vous prie d'agréer ».....

— En publiant cette douloureuse lettre, nous n'avons pas voulu faire, de nouveau, une stérile constatation.

Nous voulons que les membres de notre Société indiquent, à bref délai, au confrère, qui habite le centre de la France, un poste à occuper, où il soit absolument certain de pouvoir vivre en paix et gagner le pain quotidien.

Nous attendons impatiemment les communications de nos lecteurs. Elles seront absolument confidentielles et le Concours s'associera, dans la mesure du possible, à cette œuvre de réparation.

A. C.

Société internationale pour l'étude des questions d'assistance et l'organisation des congrès.

Nous avons reçu la circulaire suivante, et nous nous sommes empressés d'adhérer à son organisation. Nous engageons ceux de nos lecteurs que ces questions intéressent, à se joindre à nous.

Monsieur,

« J'ai l'honneur de vous informer qu'une Société internationale pour l'étude des questions d'assistance et l'organisation des Congrès vient de se fonder à Paris, sous la présidence de M. Théophile Roussel, sénateur, membre de l'Académie de médecine, vice-président du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Cette Société aura un caractère absolument privé.

Le Congrès international d'assistance, qui s'est tenu à Paris du 28 juillet au 4 août, et dont l'importance a été considérable au double point de vue de ses résultats et du nombre comme de la valeur de ses adhérents (1), a décidé, dans sa séance du 3 août, la création d'une commission permanente chargée d'organiser les Congrès. Afin de donner à ses travaux plus d'extension et d'efficacité, cette commission fait appel à toutes les personnes de bonne volonté que les questions d'Assistance intéressent, et les invite à se joindre à elle pour se former en société. L'étude de la législation spéciale de tous les pays, les progrès accomplis dans le monde civilisé, les réformes à faire dans l'assistance soit publique soit privée, les moyens préventifs contre la misère et le malheur, tout ce qui touche en un mot à cette branche importante de l'économie politique fera l'objet des études de la Société.

Les femmes de cœur et de savoir qui ont pris part au Congrès international d'assistance ont démontré l'utilité et l'importance de leur concours ; c'est avec instance que nous invitons les Dames à joindre leurs efforts aux nôtres.

Le prix de la cotisation annuelle est de 20 francs.

(1) Vingt-cinq nations étaient représentées à ce Congrès qui comptait plus de 400 membres.

Chaque membre a le droit d'assister aux réunions ou d'envoyer son avis par lettre.

Des publications tiendront les membres au courant de tout ce qui se fait d'utile au point de vue de l'Assistance dans tous les pays, et rendront compte des actes de la Société.

Une bibliothèque spéciale est mise à la disposition de tous les membres qui pourront venir la consulter tous les jours de 2 heures à 4 heures. Les bureaux sont ouverts également de 2 heures à 4 heures.

Le siège du Comité d'organisation et les bureaux sont situés à Paris, 7, rue de Marivaux, où devront être adressées toutes les communications.

Le Président,
Dr Th. Roussel

Les Vice-Présidents, Monod, Sabran. — *Le Secrétaire Général*, Dr Thulié.
Le Trésorier, Gaufrès. — *Le Secrétaire Général Adjoint*, Brueyre.

Liste des membres du comité d'organisation

France. — *Président* : Dr TH. ROUSSEL, sénateur, membre de l'Académie de Médecine, vice-président du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — *Vice-présidents* : MONOD, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène en France ; SABRAN, président du Conseil général d'Administration des Hospices de Lyon, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — *Secrétaire Général* : Dr THULIÉ, ancien président du Conseil municipal de Paris, ancien président de la Société d'anthropologie, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — *Secrétaire Général adjoint* : la Seine, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — *Trésorier* : GAUFRES, conseiller municipal de Paris, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — BERENGER, sénateur ; LEON BOURGEOIS, député, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; Dr BOURNEVILLE, député, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; DE CRISENOY, ancien directeur de l'Administration départementale et communale, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; Dr HENROT, maire de Reims, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; Mme KERGOMARD, inspectrice générale des Ecoles maternelles ; MAMOZ, directeur de l'Assistance par le travail, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; MERIEL, maire de Caen ; MUTEAU, archiviste du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; PAYELLE, chef de bureau au Ministère de l'Intérieur ; Dr PEYRON, directeur de l'Assistance publique de Paris, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; le pasteur ROBIN ; ROLLET, avocat ; TEISSIER DE CROS, secrétaire-adjoint du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; VOISIN, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Angleterre. — LOCH, secrétaire de la « Charity Organisation Society » de Londres ; Le Révérend DE COLLEVILLE ; Dr FAURE-MILLER.

Autriche. — Dr PALACKY, professeur à l'Université de Prague ; KUNWALD, avocat à Vienne ; Dr REICHER, député ; FANDERLIKE.

Belgique. — MONTEFIORE-LEVY, sénateur.

Brésil. — Baron DE ESTRELLA.

Bulgarie. — BRADEL, directeur de l'hôpital de Sofia.

Danemark. — KNUDSEN, bourgmestre à Copenhague ; BORUP, bourgmestre à Copenhague.

Espagne. — Dr RAMON CODINA LANGLIN.

États-Unis. — HALE ; ROSENAU ; Miss PUTNAM.

Hongrie. — KANOCZ D'IVANOCZ, secrétaire royal au ministère de l'ntérieur à Budapesth ; Dr CONCHA.

Mexique. — BABLOT ; Dr PEDRO GARCIA ; Dr ENGEL GAVINO.

Portugal. — Dr MELLO VIANNA.

République Argentine. — Dr TEXO ; Dr ALBERTO COSTA, médecin principal de l'armée ; Mme DE VASSILICOS.

Roumanie. — Dr FÉLIX, Dr SEVEREANO, professeurs à la Faculté de médecine de Bucharest.

Russie. — KORSAKOFF ; DRILL ; Dr BAJENOFF ; Mme le Dr TKATCHEFF.

Serbie. — Dr VASSITCH.

Suède. — WALLENSTEIN, conseiller à la Cour des Comptes ; Mme WALLENSTEIN.

Suisse. — G. BOUVIER ; Abbé RAEMY ; SERMET.

Turquie. — Dr HOULKY-BEY, professeur agrégé à la Faculté de Constantinople ; Dr ZAMBACO, membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Droits d'enregistrement du diplôme de docteur.

Aigurande (Indre), 21 septembre 1889.

Monsieur le Directeur,

Je viens de recevoir la lettre suivante :

M. le docteur,

« Vous êtes redevable de la somme de 7 fr. pour droits d'enregistrement de votre diplôme de docteur en médecine du 10 nov. 1870, transcrit au greffe de la Châtre le 28 mars 1872, mais non enregistré.

Les droits d'enregistrement réclamés sont devenus exigibles par suite d'une décision de l'administration en date du 4 juin dernier.

Le receveur de l'enregistrement,
(*Signature*.) »

Je viens vous prier M. le Directeur, de vouloir bien me donner un conseil dans cette affaire. Ainsi, je suis docteur en médecine depuis 1869. A cette époque on exigeait que le diplôme fût transcrit au greffe ; je me suis soumis à cette obligation. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 17 ans, j'ai exercé la médecine, et aujourd'hui il plaît à l'administration de réclamer l'enregistrement, et, ce qu'elle n'oublie jamais, le droit d'enregistrement.

Il doit y avoir une foule de confrères dans le même cas que moi ; il serait curieux de savoir ce qu'ils feront tous.

En attendant *impatiemment* votre réponse dans *notre cher Concours*, veuillez agréer, etc.

Dr G. Rondeau.

Notre correspondant trouvera une réponse très explicite dans le prochain numéro.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

AVIS IMPORTANT

En prévision de la prochaine assemblée générale de l'Union des Syndicats, Messieurs les trésoriers des Syndicats adhérents à l'Union sont priés de faire parvenir le plus tôt possible les **cotisations** en retard.

Le Secrétaire-Trésorier de l'Union,
Dr Ad. Barat-Dulaurier.

VARIÉTÉS

Crimes modernes.

Les annales du crime, si riches en révélations étranges, ne contiennent peut-être rien de comparable à cette affaire de Limoges qui a passionné l'opinion publique, tout récemment..... La paresse, la perversité native, peut-être quelque aberration héréditaire se sont coalisées là, pour engendrer le plus épouvantable des crimes qu'il soit permis de rêver: une mère tuant ses cinq enfants, avec une préméditation presque sauvage, et les grisant préalablement, pour qu'ils ne pussent lui opposer aucune résistance. Dans quel milieu cela est-il né ? De quel bourbier cette femme est-elle sortie ? A quelles suggestions a-t-elle obéi, pour mettre à exécution son quintuple forfait ? Qui le saura jamais ? Elle invoque la cause de misère, et ses défenseurs abondent dans ce sens. Ils ne sauraient compter sur un acquittement ; ils espèrent des circonstances atténuantes, grâce à quelque compassion aisément soulevée dans le cœur des jurés.

Les débats ont cependant démontré ceci que le père ne vaut pas cher et que la mère ne vaut rien. Ce n'est pas la misère digne de pitié, qui régnait dans le ménage, mais la pire de toutes les misères, la plus profondément incurable, celle qui naît de la mauvaise conduite, du gaspillage des ressources, d'un intérieur sans ordre, lorsque mari et femme ne s'entendent pas et tirent, chacun de son côté, pour des dépenses particulières, le plus souvent inavouables. Que faire, dans de telles conditions, avec cinq enfants ?.. Pas autre chose que de s'enfoncer, de jour en jour, dans une misère de plus en plus grande, ... (l'auteur parle de l'influence des alcools sur les corps et les consciences). Il y a de l'intempérance, pire que cela, de la bestialité provoquée par l'absorption des alcools toxiques, dans cet horrible attentat mis, par la défense, à la charge de l'unique misère. La défense, dans les causes criminelles, fait ce qu'elle peut pour sauver les plus abominables de ses clients. Il en fut et il en sera toujours ainsi. Ugolin dévorant ses enfants pour leur conserver un père, rencontrerait aujourd'hui des douzaines de défenseurs assez habiles, disons le mot, assez comédiens pour arracher des larmes à tout un auditoire.

Et alors, survient cette éternelle excuse de la folie ou de l'irresponsabilité. L'accusée de la cour d'assises de Limoges, gavant ses enfants de nourriture et de boissons fortes avant de les étrangler, c'est-à-dire ayant cette précaution de songer à ceci que, pour accomplir son quintuple infanticide, il lui faut faire disparaître toute sorte de velléité de résistance, ne me semble pas précisément atteinte de folie, et il est assez difficile, il me semble, de faire disparaître toute idée du calcul indiqué. La vérité est qu'il y a dans ce crime unique, une préméditation incontestable jointe à une perversité poussée jusqu'au paroxysme, et que si la folie apparaît, c'est uniquement à la suite d'excès qui l'ont provoquée. Est-ce que l'idée d'une exécution aussi monstrueuse germerait ailleurs que dans un cerveau oblitéré par l'alcool, cet alcool qui circule et se débite avec la protection de l'Etat qui, d'ailleurs, y trouve son compte et perçoit des impôts qu'il serait permis d'appeler les impôts mortels ?

Il n'y pas d'instruction qui tienne, et la culture intellectuelle poussée à outrance, trop à outrance, n'est pas et ne sera jamais de force à lutter contre les ravages des boissons toxiques, de plus en plus répandues, et qui engendrent des lésions incurables. S'il y a des brutes par vocation, c'est-à-dire des êtres condamnés au crime, par droit de naissance pour ainsi dire, il en est d'autres auxquels des circonstances étrangères imposent des férocités accidentelles, calculées avec une imperturbable volonté et exécutées avec des raffinements de cruauté qui défient toute analyse. Le quintuble crime de cette mère qui, avec le plus horrible sang-froid, commence par griser ses enfants avant de les étrangler, rentre évidemment dans la catégorie des crimes que je qualifierai de crimes modernes, et qui n'ont pour excuse, même auprès de l'indulgente défense, que les excès impardonnables sous l'influence desquels ils ont été commis. C'est insuffisant !

JEAN DE NIVELLE.

(Le Soleil).

La circonférence du cou et la virginité.

On sait que beaucoup de personnes dans le peuple admettent que le cou de la femme grossit immédiatement après les premières approches de l'homme. Malgaigne écrit à ce sujet : « D'autres vont plus loin et prétendent pouvoir reconnaître la virginité par le procédé suivant :

« La circonférence du cou prise avec un fil à sa partie moyenne, on double la longueur de ce fil, on en fait tenir entre les dents incisives les deux extrémités, avec l'anse qui en résulte. Si le fil passe librement par dessus le vertex, mauvais signe ; si au contraire l'anse se trouve trop étroite, on conclut en faveur de la virginité ».

Or, en relisant ces jours-ci les poésies de Catulle de Vérone, que j'oserai recommander à nos confrères, je remarquai ce passage dans les noces de Pélée et de Thétis :

Non illam nutrix, oriente luce revisens,
Hesterno collum poterit circumdare filo.
Currite, ducentes septemina, currite, fusi.

que nous pouvons traduire:

« Demain, au lever de l'aurore, sa nourrice la venant visiter, ne pourra entourer son cou du même fil qui lui avait servi la veille. Courez, fuseaux, courez et dévidez la trame »

C'est une preuve de plus de la fidélité avec laquelle se sont transmises jusqu'à nos jours certaines idées médicales des anciens.

Dr H. LABONNE.

La propreté des ongles en chirurgie.

La guerre entre les médecins anglais et allemands est de plus en plus acharnée. Ce qui est certain, c'est que, si les Anglais ne sont pas aimés à Berlin, les Allemands ne sont pas goûtés à Londres.

Lawson Tait, le gynécologue anglais qui a opéré notre confrère Budin, dit que le temps que l'on dépense à apprendre l'allemand est une perte sèche. Il rapporte le fait significatif suivant : « Un très célèbre chirurgien allemand me harcelait de questions au sujet de mes succès exceptionnels en chirurgie abdominale. J'évitais autant que possible de répondre directement à ses

obsessions, lorsque, poussé au pied du mur, je répliquai que *je donnais une grande attention à la propreté de mes ongles*.

Le chirurgien regarda ses ongles et me tourna le dos ; je ne le revis plus. Je ne sais s'il est devenu plus sage, mais il ne pouvait être plus furieux. Depuis, je ne vois plus de visiteurs allemands ; par contre, la presse médicale allemande m'honore d'attaques continuelles. »

(*J. de méd. de Paris*.)

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Bains de mer artificiels.

(DUJARDIN-BEAUMETZ ET YVON.)

1re formule :

Sel marin	8 kil.	
Sulfate de soude cristallisé	3 k.	500
Hydrochlorate de chaux	0 k.	700
Hydrochlorate de magnésie	2 k.	
Chlorure de sodium	7 k.	500
— de magnésium	2 k.	515
— de calcium	0 k.	515
— de potassium	0 k.	60

2e formule :

Sulfate de soude	2 k.	525
Iodure de potassium	} àà 0 gr. 15 c.	
Bromure de potassium		
Sulfhydrate d'ammoniaque	V gouttes	

bains aussi richement minéralisés que des enfants déjà avancés en âge (au-dessus de 5 ans), sauf indications exceptionnelles.

Pensées & Maximes d'un vieux Praticien

Comment se fait-il que sur cent femmes, pas une peut-être ne connaisse une loi scientifique, tandis que leur esprit retient tant de fausses opinions et de préceptes absurdes.

*
* *

En matière de médecine, les préjugés populaires sont de vieilles idées abandonnées par les médecins depuis un ou deux siècles.

*
* *

La théorie nous conseille de proportionner le taux de nos honoraires au service rendu et à la position de nos clients ; la pratique nous oblige à nous conformer aux usages locaux.

*
* *

Rien de plus simple que de constater un symptôme ; rien de plus difficile que d'en interpréter la signification.

*
* *

La médecine est une auréole — ou une robe de Nessus — qui accompagne le praticien partout où le hasard le mène.

*
* *

Il faut bien savoir que certaines personnes ne dorment tranquilles que lorsqu'elles savent leur médecin à portée de leur appel.

NOUVELLES

Congrès international d'hydrologie et de climatologie.

Ce Congrès se réunira à Paris du 3 au 10 octobre prochain.

La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 3 octobre, à 10 heures du matin, au palais du Trocadéro.

Les séances de sections se tiendront à la Faculté de médecine, du vendredi 4 au jeudi 10 octobre, à 9 heures du matin et 2 heures de l'après-midi.

A dater du mardi matin 1er octobre, le secrétariat du Congrès sera ouvert, à la Faculté de médecine, de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Du 11 au 21 octobre, le Congrès visitera les stations hydrominérales de la région de l'Est. Les excursionnistes jouiront d'une réduction de 50 % sur tout le parcours.

Les dames peuvent faire partie du Congrès.

Le nombre des adhésions et des communications annoncées est considérable.

La plupart des gouvernements étrangers ont désigné des délégués officiels.

Les personnes qui veulent participer à ces grandes assises de l'Hydrologie et de la Climatologie sont invitées à envoyer sans retard leur adhésion et leur cotisation (20 fr.) au trésorier du Congrès M. O. Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris. Elles recevront immédiatement, avec leur carte, tous les documents, entre autres les rapports sur les questions proposées par le Comité d'organisation.

Nous apprenons au dernier moment que le Comité d'administration des chemins de fer accorde une réduction de 50 % sur toutes les lignes.

ADHÉSIONS AU CONCOURS MÉDICAL.

M. le Docteur Rossi, de Paris, présenté par M. le Docteur Rossi, de Marseille.

BIBLIOGRAPHIE

Beaucoup de nos confrères s'occupent de photographie, nous croyons leur rendre service en leur signalant deux petits ouvrages gentiment illustrés qui apprennent tout ce qu'il est nécessaire de connaître soit pour le paysage, soit pour le portrait. L'un a pour titre : *La photographie de l'amateur débutant*, par ABEL BUGUET (41 figures). Prix 1 fr. 25. L'autre : *L'atelier de l'amateur*, par FLEURY-HERMAGIS, avec figures dans le texte. Prix 1 fr. 50. Remise de 20 % comme pour les congrès.

La modicité du prix n'exclut pas le nombre de bons renseignements, loin de là.

Principes d'Anatomie et de Physiologie appliqués à la Gymnastique, cours professé à l'École normale militaire de gymnastique et d'escrime de Joinville-le-Pont, par le Dr L. ROBLOT, médecin-major de 2e classe, avec préface du Dr MONIN, un volume in-18 avec 45 figures intercalées dans le texte. — Paris, maison *Rongier et Cie*, éditeurs, place de l'École de Médecine, et 4, rue Antoine-Dubois. Prix du volume : **2 fr. 50.**

Voici un volume qui comble une véritable lacune dans les ouvrages Pédagogiques. C'est le résumé vulgarisé des notions d'anatomie et de physiologie humaine indispensables à tous, et notamment au personnel voué à l'enseignement de la gymnastique.

Ce manuel répond d'ailleurs étroitement au programme du *Certificat d'aptitude* pour le dit enseignement. Il n'exige aucune autre connaissance préalable et convient parfaitement aux gens du monde désireux de posséder des notions précises sur l'histoire naturelle de l'homme.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du Concours médical et des délégués de l'Union des Syndicats.

Chers confrères,

Le conseil de direction du *Concours médical* et le Bureau de l'*Union*, ont fixé, dans leur séance du samedi 28 septembre, la date de l'Assemblée générale.

Elle aura lieu le dimanche 20 octobre à 2 heures, au *Grand-Hôtel* et le banquet à 6 heures 1/2.

Nombre de médecins voudront visiter, ou revoir l'*Exposition* à cette occasion.

Nous avons d'importantes questions à soumettre à vos délibérations. Nous espérons obtenir, durant la nouvelle législature, des satisfactions depuis longtemps recherchées par le corps médical.

Vous comprendrez aisément combien nous attachons d'importance à votre présence et à vos communications.

Nous vous prions de nous écrire, de suite, les questions que vous désireriez voir figurer à l'*ordre du jour* et de prendre, dès ce moment, vos dispositions pour vous joindre à nous, venir seconder nos efforts et nous informer qu'on peut compter sur vous.

Pour les Bureaux de l'Union et du Concours.

Le Directeur, A. CÉZILLY.

Rapport du Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical sur l'exercice 1888-89.

Messieurs,

La Société du *Concours médical* entre dans sa onzième année d'existence. Un des membres du Conseil de Direction, notre excellent collaborateur et ami, M. le Dr Gassot, se propose de vous présenter, le jour de l'assemblée générale l'historique de la fondation et des entreprises professionnelles auxquelles vous avez pris part avec nous depuis le 1er juillet 1879, date de la publication du premier numéro du *Concours médical*.

Notre rapport se bornera donc à vous rappeler les décisions que vous avez prises dans notre assemblée générale du 13 novembre 1888 ; vous exposer comment vos décisions ont été mises à exécution et à vous remettre en mémoire les faits professionnels survenus dans la période qui s'est écoulée depuis lors.

Le Conseil de direction s'est réuni à diverses reprises pour résoudre les questions qui ont pu lui être soumises et plusieurs de ses séances se sont confondues avec celles de la commission de préparation du Congrès professionnel que vous aviez voulu tenir en 1889.

Il n'a pas eu à se préoccuper cette année de l'affectation des sommes disponibles à des entreprises diverses, puisque vous les aviez consacrées, et bien au delà de leur valeur, aux frais de ce Congrès. Vous aviez en effet décidé qu'on pourrait recourir au capital inaliénable, si besoin était. Vous verrez que, par suite des circonstances, non seulement le capital n'a pas été amoindri, mais qu'au contraire il s'est accru, comme toutes les années précédentes.

L'assemblée générale de 1888 fut convaincue, par les arguments qui lui avaient été présentés,

de la nécessité de la délivrance par l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, de l'indemnité en cas de maladie à tous ses membres.

Pour parvenir à faire adopter cette idée par les 7,000 ou 8,000 membres de l'Association générale, il était nécessaire de créer une certaine agitation professionnelle ; il convenait de faire de la propagande et, en recueillant les adhésions des intéressés, de faire pénétrer dans l'esprit des dignitaires de l'Association la conviction que l'œuvre de l'indemnité était, sinon bonne, au moins dans les vœux de la majorité des médecins.

L'assemblée avait décidé, en second lieu, qu'il y avait nécessité de ne pas perdre de vue la *revision de la législation médicale* de l'an XI, encore, à ce moment, à l'ordre du jour de la Chambre, en rang utile.

Elle avait résolu d'appuyer également, par l'expression de vœux motivés, la création d'une *direction de la santé publique* et de prendre part à *l'organisation de l'Assistance publique en France*, en discutant le système qui produirait le résultat le plus utile, tout en sauvegardant les intérêts du corps médical.

La commission nommée par l'assemblée générale se mit en conséquence à l'œuvre et elle accomplit les divers actes préparatoires du Congrès projeté. Des rapports furent rédigés, des circulaires expédiées en grand nombre touchant les diverses questions qui devaient être soumises au Congrès ; des adhésions importantes, pour la présidence des sections, furent recherchées et obtenues. En un mot, on arriva à produire cette agitation, cette propagande qui était dans notre désir.

Nous devons donc voir quels ont été les résultats de ces efforts préliminaires.

En ce qui concerne la revision de la législation, vous connaissez les événements politiques qui, une fois encore, ont donné le pas aux lois politiques sur les lois d'affaires, dans lesquelles la revision médicale doit être comprise.

Le Congrès n'aurait pu exercer aucune influence sur cette interversion.

Sur la création d'une *direction de la santé publique*, un des orateurs de la réunion de novembre avait exprimé l'opinion qu'elle serait singulièrement avancée, le jour où les divers services qui se rapportent à l'hygiène et à l'assistance seraient concentrés dans le même ministère. Depuis, cette heureuse concentration s'est opérée et c'est le ministère de l'intérieur qui désormais a dans ses attributions la plupart des services qui concernent la *santé publique*.

En ce qui concerne spécialement l'Assistance publique, il a été créé un Conseil supérieur dont font partie deux des membres les plus distingués du Concours médical. Leurs votes n'ont pas été étrangers aux décisions prises par ce Conseil, après le rapport si remarquable de M. le Dr Dreyfus-Brissac. L'organisation de l'Assistance publique, confiée à M. Henri Monod, est en bonnes mains. Un Congrès spécial international, a tenu de brillantes assises.

Donc pour cette question, comme pour la revision de la législation, votre Congrès en perspective n'était pas indispensable.

D'autre part, pour la question la plus intéressante, celle pour laquelle le Congrès pouvait exercer la propagande la plus efficace, l'organisation de l'*œuvre de l'indemnité de maladie*, par l'Association générale, il survenait un événement que nous espérions, sans y compter absolument.

L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, dans son Assemblée générale de 1889, prenait en considération la proposition d'établir, dans son sein la délivrance de l'indemnité de maladie à ses membres, moyennant une cotisation spéciale.

Elle mettait cette organisation à l'ordre du jour de toutes les sociétés locales. Une commission et un rapporteur devaient être nommés pour étudier l'opportunité et les voies et moyens de cette œuvre nouvelle.

Satisfaction était en conséquence donnée aux divers désirs qui nous avaient amenés à décider l'organisation d'un Congrès professionnel en 1889.

En présence de ces résultats, en considération de toutes les difficultés à surmonter encore, de toutes les dépenses à faire pour la réussite du Congrès, votre commission fut unanime à décider qu'il devait être ajourné à une époque ultérieure et que vous auriez à reprendre cette question dans l'avenir, si la nécessité en était démontrée et si l'Association générale n'arrivait pas à trouver une solution favorable.

Nous espérons avoir été dans cette circonstance vos fidèles interprètes et nous avons la satisfaction d'avoir pu éviter à notre société cette grosse dépense de cinq à six mille francs. Nous avons le temps pour nous, et, grâce à lui, nous poursuivrons nos diverses entreprises avec succès, nous l'espérons, et par des procédés moins onéreux.

D'autre part, Messieurs, comme nous avions consacré toutes nos ressources annuelles à ce congrès, nous n'avons pas à vous rendre compte comme les années précédentes, d'organisations nouvelles.

Néanmoins, le Conseil de Direction tient à vous rappeler quelques-uns des faits notables de notre vie professionnelle en 1889.

La *Caisse des pensions de retraite* organisée depuis six années bientôt, par votre Société, sous les auspices de M. le Dr Lande, sa cheville ouvrière, poursuit le cours paisible de son existence. Sa fortune s'accroît sans cesse et elle attend avec patience sa terre promise : l'année où elle délivrera ses premières pensions de retraite, l'année 1894.

Nous espérons que M. le Dr Lande, cette année, comme les précédentes, viendra vous faire un de ces brillants exposés que vous applaudissez toujours et qui sont les meilleurs moyens de propagande de l'œuvre à laquelle il a attaché son nom estimé.

Récemment, les statuts de la *Société de protection des victimes du devoir médical* ont été adressés à un grand nombre de médecins pour souscrire à l'œuvre et devenir les correspondants de la Société, en vue de lui signaler au besoin les victimes du devoir médical. Un certain nombre d'entre eux ont répondu à cet appel. Nous avons annoncé que le *Syndicat du Havre* avait envoyé une somme importante à l'œuvre ; la Société des *Eaux de Contrexéville* se trouve dans le même cas. Nous vous avons appris que l'œuvre avait pris sous son patronage et secouru la veuve d'un médecin victime du devoir, tombée dans le dénuement le plus absolu.

Vous avez pu voir, chaque semaine, par le BULLETIN, que les *Syndicats* continuent leur œuvre et

qu'ils attendent, avec patience, que la loi de 1884 soit commentée et rendue applicable à toutes les professions libérales.

Le journal s'est intéressé à toutes les publications relatives à la délivrance de l'*indemnité de maladie* qu'il veut faire établir, et, dans ce but, il a publié et publiera prochainement des documents sur l'Assurance médicale anglaise et sur les tentatives d'Associations dans le même but qui ont eu lieu à Paris, dans le syndicat de l'Aisne, et dans le sein de quelques sociétés locales.

Toutes les fois qu'il s'est agi de travaux sur la *protection des enfants du premier âge*, les colonnes du journal ont été largement ouvertes à toutes les communications ; le Conseil de Direction s'efforce de mettre en lumière tous les médecins qui se vouent à l'étude de cette question si importante pour l'avenir de notre pays et nous avons, dans le même ordre d'idées, rendu compte, à l'occasion, des travaux du Conseil supérieur de l'*Assistance publique*.

Nous vous avons entretenu à diverses reprises d'une organisation médicale qui a été menée à bien par M *le professeur Cornil* et par l'honorable directeur de la *Gazette médicale de Paris*, M. *de Ranse*, auxquels a été adjoint, à titre de syndic, le directeur du *Concours médical*. Nous souhaitons à l'*Association des journalistes médicaux* de prendre une part active, prépondérante, à la réclamation, durant les 4 années de la législature nouvelle, des diverses lois qui intéressent le corps médical.

Le Conseil de Direction ne regarde pas à ses peines ; en toutes circonstances il est à votre disposition, pour examiner vos propositions, s'inspirer de vos désirs.

S'il avait un vœu à exprimer, ce serait celui-ci : qu'aucun membre du *Concours médical* ne laissât passer une année entière sans entrer en relation avec le directeur de notre Société.

De cet échange d'idées, encore plus actif que par le passé, il résulterait sûrement beaucoup de bien. Ce serait le moyen assuré de l'autoriser à prendre l'initiative de beaucoup de mesures utiles.

Le Conseil de Direction examine toutes les propositions. Il en reçoit parfois de chimériques, d'inexécutables. Dans ce cas, s'il les écarte, il recherche néanmoins ce qu'elles peuvent avoir de plausible en partie et en prend note pour le jour où une proposition analogue, mais plus pratique, sera formulée.

L'échange ininterrompu de *services rendus* à tous les membres de notre société, par le moyen des divers *services, conseils, fournisseurs* du Concours a été entretenu, toute l'année, par une active *correspondance*.

On nous reprochait, récemment, de vouloir donner à l'*Association générale* le caractère essentiel de société de secours mutuels.

Le *Conseil de Direction* du Concours médical, si on venait à adresser à notre Société un tel reproche, ne songerait pas à s'en offenser ; car en toutes circonstances, il réclame le secours de ses membres, toujours tout prêt à venir au leur. Il pourrait, au contraire, se féliciter si vous estimez qu'il a, dans le passé, comme en 1889, fait du Concours médical une *Société de concours, de secours mutuel!* *Le Conseil de Direction.*

Rapport du secrétaire-trésorier du Concours médical.

Exercice du 31 octobre 1888 au 1er octobre 1889.

Messieurs,

Avant de vous donner le détail des comptes de notre Société, permettez-moi de rappeler à nos confrères anciens et d'expliquer à nos nouveaux adhérents ce que nous entendons par *capital inaliénable*, et *fonds disponibles* ou *non disponibles*.

En 1885 votre assemblée générale décida que l'avoir de notre société qui s'élevait à cette époque à 30.000 fr. serait inaliénable et que les intérêts produits par ce capital seraient employés chaque année à des œuvres d'intérêt professionnel.

Ce sont ces intérêts joints aux dons des divers sociétaires reconnaissants de services rendus, qui constituent *les fonds disponibles*.

Comme ce capital inaliénable représentait environ 10 fr. par tête de sociétaire (nous étions 3300), il fut en outre décidé que chaque nouvel adhérent verserait un droit fixe d'entrée de 10 fr. qui seraient ajoutés au capital inaliénable.

Ce sont ces droits d'entrée qui figurent dans nos comptes sous la désignation de *fonds non disponibles*.

Cette fixation d'un droit d'entrée eût peut-être arrêté l'essor de *la Société civile du Concours médical* et diminué le nombre des nouveaux adhérents si le Dr Cézilly, toujours soucieux du bien de notre association qui est son œuvre, n'avait pris l'engagement de verser, à titre de droit d'entrée de tout nouvel adhérent, le prix de la première année de son abonnement au Journal *le Concours médical*, soit 10 fr. De ce chef, il entre bon an mal an, dans notre caisse, environ 500 fr. qui viennent augmenter d'autant notre capital inaliénable.

Permettez-moi de lui en adresser ici, en votre nom, tous nos remerciements.

Nous profiterons également de ce compte rendu pour publier à sa suite, l'état détaillé de notre portefeuille avec les nos des titres actuellement déposés à la Banque de France.

Ces nos ont déjà été publiés dans le corps du journal à l'époque de l'achat de chaque titre, mais votre Conseil de direction a pensé qu'il était bon de les remettre sous les yeux des anciens membres et d'en donner la liste complète à nos nouveaux sociétaires qui n'ont pas entre les mains la collection du Journal *le Concours médical*.

CAPITAL INALIÉNABLE.

Au 31 octobre 1888, l'avoir non disponible de notre Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	31.958.25
Fonds non disponibles	124.93
TOTAL	32.083.18
Depuis cette époque, 47 adhésions nouvelles à la Société ont produit une somme de	469.85
versés dans notre caisse par le Dr Cézilly et représentant la première année d'abonnement au journal *Le Concours médical* de ces 47 nouveaux sociétaires	
Ce qui porte l'avoir inaliénable de la Société à	32.553.03

dont 594.78 en espèces sur lesquels il a été acheté le 4 octobre une obligation communale 1880, n° ....., au prix de 452.25.

Ce qui porte notre portefeuille à...................... 32.410.50

et le reliquat des fonds non disponibles à......... 142.53

CAPITAL DISPONIBLE.

Actif.

Au 31 octobre 1888, l'avoir disponible était de.......................... 222.44

Depuis cette époque, notre portefeuille, déduction faite des droits de timbre et de garde, a produit une somme de.............................. 917.44

Il a été reçu en outre dans le cours de l'année :

Dons divers.............................. 330.20

Don du Dr Cézilly........................ 167.00

TOTAL.................. 1.637.08

Passif.

Le passif se décompose ainsi :

Frais de banquet du 13 novembre 1887.................................. 493.75

Jetons et frais de déplacement...... 269.00

Frais liquidés de l'avant-projet du Congrès.................................. 800.00

TOTAL................. 1.562.75

Résumé.

Actif...................................... 1.637.08

Passif..................................... 1.562.75

Balance en faveur de l'actif.... 74.33

Ce qui porte l'avoir total de notre Société à :

Capital inaliénable.................. 32.553.03

Fonds disponibles..................... 74.33

TOTAL GÉNÉRAL.......... 32.627.36

PROJET DU BUDGET POUR L'EXERCICE 1889-1890.

RECETTES.

Avoir.. 74.33

Revenu du capital inaliénable...... 940.00

Dons probables.......................... 500.67

TOTAL.................. 1.515.00

Passif.

Frais de banquet......................... 500.00

Jetons et frais de déplacement...... 400.00

Affectations à proposer en séance..... 615.00

TOTAL.................. 1.515.00

CAISSE DE PRÉVOYANCE DES ASSURÉS SUR LA VIE.

Au 31 octobre 1888 :

Portefeuille................................ 7.838.15

Espèces..................................... 209.98

TOTAL.................. 8.048.13

Recettes depuis cette époque :

Coupons..................................... 230.96

TOTAL.................. 8.279.09

Dont 440.94 en espèces sur lesquelles il a été acheté une obligation foncière 1883, (n° 25,204), au prix de 376.75.

Aucune dépense dans le cours de l'année.

La situation au 1er octobre 1889 est donc :

Portefeuille................................ 8.214.90

Espèces..................................... 64.19

TOTAL.................. 8.279.09

Le Secrétaire-Trésorier,

Dr MAURAT.

Société civile du Concours Médical.

Nombre	Obligations et rentes diverses	Somme	Nature	Numéros	Nos de dépôt
1	Foncière 79.	500	3 %	1266068	269121
17	Foncières 83	500	3 %	650001 à 650015 et 682132 à 682133	387884
1	Foncière 85.	500	3 %	567822	338555
	Rente perpétuelle..	6	3 %	315853	269122
	Rente amortissable...	15 60		Série 65 — 700181 230867	64416
9	Foncières 79	500	3 %	292709, 292710, 575606 905276, 905277, 1105488, 1105489, 1270195, 1578263	181049
17	Ville de Paris 71.....			605043 à 605058, 934506	181098
5	Ville de Paris 71.....			1211943 à 1211947	148787
10	Ville de Paris 71.....			1211904 à 1211912, 1211942	148786
11	Communales 79	500	3 %	14980, 97969, 106794 à 106797, 136002, 149174, 205674, 332420, 647528	92661

75 fr. Rente 3 % Amortissable....	2.063 12	29,986 37
17 Foncières 83....................	6.179 50	
11 Communales 79...................	5.040 75	
10 Ville de Paris 71...............	3.940	
5 » 71..............................	1.970	
9 foncières 79.....................	4.095	
17 Ville de Paris 71...............	6.698	
Plus-value constatée sur ces valeurs d'après cours du 31 octobre 1886..........		863 63
6 fr. rente 3 % perpétuelle........		161 65
1 obligation foncière 79............		475 60
1 » foncière 85.....................		471 10
Total des valeurs reporté ci-dessus........		31.958 25

Caisse de Prévoyance.

Nombre	Obligations de rentes diverses	Somme	Nature	Numéros,	Nos de dépôt
1	V. de Paris 71			726672	148785
1	» 79			738514	186510
1	Foncière 77.	100	3 %	258848	204973
7	Commun. 79	500	3 %	15574 à 15576, 84420, 452269, 662431, 991732	58878
3	Foncières 79		3 %	776812 à 776814	269121
6	Foncières 83	500	3 %	2840, 25204, 68499 à 68500, 638038 à 638039	347884

7 Communales 79	3.103 80	7,354 30
5 foncières 83	1.695	
3 » 79	1.400	
1 Ville de Paris 71	393 50	
1 » 69	403	
1 foncière 3 % 77	359	
Plus-value au cours du 31 octobre 1886	483 85	
1 foncière (25204) 83, achetée nouvellement	376 75	
	8.214 90	

Rapport du Comité de Rédaction.

Comme les années précédentes, le Comité de Rédaction désire rappeler aux lecteurs du *Concours médical* la ligne de conduite à laquelle il se conforme dans l'exercice de sa fonction, afin que ceux-ci puissent lui témoigner leur approbation ou présenter des critiques si quelques modifications dans le programme leur semblent désirables.

Dans l'année qui s'est écoulée, notre journal a été rédigé d'après un plan qui jusqu'ici a paru convenir aux membres du Concours, puisque aucun d'eux n'a manifesté le désir de le voir modifier.

Chaque numéro commence par une *Semaine médicale* dans laquelle nous rendons compte le plus brièvement possible des communications importantes faites dans les principales Sociétés scientifiques françaises (Académie de médecine ou des sciences, Société médicale des hôpitaux de Paris, Société de biologie, etc.), et quelques sociétés étrangères ; nous y indiquons aussi la substance des articles remarquables parus dans les journaux et revues les plus estimés.

Ce qui nous guide toujours dans le choix des sujets, c'est la préoccupation du bénéfice immédiat qu'en pourront tirer des praticiens : négligeant l'anatomie pathologique, nous nous inquiétons surtout du diagnostic, de l'étiologie et de la thérapeutique. Mais nous pensons, avec les plus éminents des maîtres de l'École française contemporaine, que les progrès en thérapeutique sont toujours connexes aux progrès réalisés dans la connaissance de la pathogénie. Nous estimons que c'est rendre un médiocre service aux médecins que de leur meubler la mémoire du nom et des caractères de médicaments nouveaux, s'ils doivent être éphémères, d'une collection de formules plus ou moins ingénieuses. Ce qui marque un progrès dans notre art, c'est la découverte du mode d'action des causes morbifiques, car c'est elle seule qui nous permet de faire avec certitude une intervention curative.

Pour cette raison nous ne nous hâtons pas de donner place immédiatement à tous les nouveaux remèdes que chaque semaine voit éclore. Nous attendons pour en parler que des expérimentateurs et des cliniciens autorisés en aient fixé les indications. Laissons à la presse générale la rage de l'information rapide, sans souci de l'exactitude ! Que les reporters politiques passent leur temps à annoncer chaque matin une nouvelle à sensation qui sera démentie le soir, soit! puisque leur public préfère apprendre sur le champ dix fausses nouvelles que d'en apprendre une vraie quelques heures trop tard. Cet usage ne nous paraît pas convenir à la presse médicale. Nos lecteurs n'ont pas de temps à perdre, au milieu des labeurs quotidiens ; ce serait ridicule de leur faire lire un fatras inutile.

Aussi donnons-nous toujours la plus grande place dans nos colonnes aux articles de *Revue* faits par des hommes spéciaux sur les différentes branches de la médecine ; car dans de tels articles, l'écrivain, parlant des choses qu'il connaît à fond, démêle plus exactement le bon grain de l'ivraie et sert le premier seulement au public. Nos lecteurs ont apprécié depuis longtemps le talent que déploient dans ce genre d'articles MM. Barette pour la *chirurgie*, Lepage pour l'*obstétrique* et la *gynécologie*, E. Desnos pour les *voies urinaires*, Ruault pour la *laryngologie* et la *rhinologie*, Trousseau pour l'*ophthalmologie*, Grellety pour la *dermatologie*.

Le secrétaire de la rédaction s'occupe plus particulièrement de *médecine générale* et des *maladies des enfants*. M. J. Davéo a su nous recueillir avec succès des *cliniques* intéressantes de quelques maîtres en renom et nous avons publié des leçons de Charcot, Bouchard, Brouardel, J. Simon, etc.

Les *travaux originaux*, émanant des membres du Concours, que nous sommes toujours heureux d'accueillir, ont été cette année particulièrement nombreux. Vous n'avez pas oublié la relation de l'*Epidémie de suette miliaire dans le Sancerrois*, par le Dr Combaud (de Sancerre) ; ce travail a provoqué des réflexions et observations sur le même sujet de la part de nos confrères E. Pineau (de Chateau-d'Oléron) et Magnet (de Souillac). Il nous a été particulièrement agréable de constater que les revues critiques que nous publions stimulaient nos lecteurs à nous communiquer leur manière de voir sur les sujets choisis par nous : c'est ainsi que le Dr Carrière (de Saint-André de Valborgne) nous a fait connaître un cas *d'ascite idiopathique guérie chez un enfant*, que le Dr U. Lavit (de C·s-senon) nous a exprimé ses idées sur la *spléno-pneumonie* à l'occasion des travaux de M. le professeur Grancher sur le même sujet, dont nous avons parlé. Les faits d'*intoxication oxycarbonée par les poêles mobiles*, dont l'Académie de médecine avait été saisie par M. Lancereaux, et dont nous avions nous-même parlé à propos de l'hygiène de l'enfance, ont été corroborés par l'expérience du Dr Taillefer (de Chateauneuf). M. Reignier (de Surgères) a bien voulu se souvenir d'études que nous avions publiées antérieurement sur le lien entre les troubles hépatiques et les lésions cardiaques, et il nous a envoyé la relation de curieux faits de *foie cardiaque* observés par lui. M. le Dr Lécuyer (de Beaurieux), après avoir suivi, avec l'attention qu'elle méritait, la discussion académique *sur l'étiologie du tétanos*, a nettement pris parti contre la pathogénie microbienne en se basant sur son expérience clinique.

La question de l'extinction de la variole par la vaccination, si importante, nous avait conduit à relever dans des revues les travaux récents qui s'y rapportent. Nos conclusions ont été, nos lecteurs le savent, tout à fait en faveur de l'adoption exclusive de la vaccination animale. Son efficacité a été bien mise en lumière dans le récit particulièrement émouvant d'une *épidémie de variole jugulée au Havre* dans la caserne des douaniers par M. le Dr Le Gad.

Nous citerons encore les communications qui nous ont été envoyées : par M. Bertrand (de Vagney) et Daprey sur la *tuberculose* ; de M. Corneaud

(de Blaye) sur le *pesage méthodique des nourrissons* ; — de M. Lombard (de Terrasson), sur l'*utilité des injections de morphine dans certains cas de hernie étranglée* ; — par M. Lavaux, sur l'*emploi de la cocaïne dans le traitement des affections urinaires* ; — par M. Loupiac, sur différents faits curieux de sa pratique ; — par MM. Prévot, Licke, sur la *cure de l'hydrocèle* ; — par M. S. Carrière, sur la *réduction tardive de la luxation du coude*, et par M. Chazarain sur le *mode d'action des applications métalliques*.

Nos confrères aiment, nous le savons, à se délasser des articles purement médicaux par la lecture des feuilletons et variétés ; aussi avons-nous pris soin de leur en offrir assez souvent. Outre ceux de notre respecté confrère Perron (de Besançon) sur la déontologie, nous avons eu le plaisir de publier une charmante série de spirituels feuilletons dus à la plume élégante du Dr Grellety (de Vichy). Ses attaques si humoristiques contre le chapeau à haute forme ont provoqué un plaidoyer convaincu et non moins humoristique de notre confrère Coriveaud en faveur du couvre-chef incriminé ; après avoir ouï la réplique de l'accusateur, les lecteurs du *Concours* sont probablement demeurés perplexes, également influencés par les arguments du ministère public et ceux de la défense, et, comme il arrive en pareil cas à tout honnête jury, ils ont fait bénéficier d'un verdict d'acquittement le chapeau à haute forme et lui ont continué leur confiance..., comme l'accusateur lui-même sans doute.

La fréquence des *congrès* scientifiques pendant les mois d'août et de septembre a été telle que, si nous avions analysé toutes les communications qui y ont été faites, un grand nombre de numéros du journal y auraient été exclusivement consacrés. Il nous a paru préférable de ne citer que les travaux présentant quelque intérêt strictement médical.

La partie professionnelle n'a pas cessé de tenir une place aussi importante que les années précédentes dans le *Concours medical*. A ce point de vue on peut affirmer que nul journal de médecine ne lui peut être comparé ; on a pu dire sans exagération que sa collection depuis sa fondation forme comme les Cahiers Généraux des revendications du corps médical.

Les questions qui nous ont surtout occupés cette année, ont été relatives au *taux* et au *recouvrement des honoraires*, aux rapports des médecins avec les tribunaux pour les *expertises médico-légales*, à l'*Assistance publique*, à la *protection de l'enfance*, à la *délivrance de certificats*, aux rapports avec les *compagnies d'assurances*, avec les *pharmaciens*, à la *rédaction des ordonnances*, à l'*indemnité en cas de maladie*, à la *protection des veuves et orphelins* de médecins morts sans fortune, aux *pensions de retraite*, à la défense contre l'*exercice illégal*, au *service militaire* des médecins civils en temps de guerre, aux *rapports des médecins civils avec les médecins militaires* en temps de paix, à l'*exercice de la médecine sur les frontières*, à la *tenue de pharmacies* par les médecins, etc., etc.

Parmi les confrères qui ont bien voulu collaborer à la rédaction de cette partie professionnelle, il convient de citer MM. les Drs Engel, Mazel, Béranger, Bermondy, Busquet, Bettremieux, Butruille, Lardier, Toussaint, Legrand, Moreau, Deligny, V. Poulet, etc., et un grand nombre de confrères qui, pour des raisons diverses et légitimes, ont préféré garder l'anonyme ; un très distingué magistrat, M. Dubrac, nous a continué comme par le passé, sa collaboration.

Le *Bulletin des Syndicats* a toujours été rédigé et dirigé avec le même succès par le zélé secrétaire général de l'Union des Syndicats, notre sympathique confrère Barat-Dulaurier.

En terminant, Messieurs, nous espérons que vous ne nous contredirez point si nous concluons de ce court exposé que la rédaction du *Concours médical* n'a pas été inférieure cette année à celle des années précédentes et nous vous donnons l'assurance que nos efforts pour l'améliorer sans cesse ne se démentiront point dans l'année qui vient.

Le secrétaire de la rédaction,
Dr P. Le Gendre.

LA SEMAINE MÉDICALE

Etude physiologique de la liqueur d'absinthe.

On n'a pas oublié que MM. *Cadéac* et *A. Meunier* avaient communiqué à l'Académie leurs recherches sur les principes qui confèrent à la liqueur d'absinthe les propriétés dangereuses que tous les médecins lui reconnaissent, et leurs conclusions tendaient à innocenter l'absinthe elle-même pour faire supporter la principale culpabilité à l'essence de badiane ou d'anis qui entre dans la composition de la liqueur pour une part importante. L'affirmation de nos confrères lyonnais avait surpris, je pense, tous ceux qui ont lu les travaux si remarquables de Magnan et Laborde sur l'absinthisme. Le rapport fait par MM. *Ollivier* et *Laborde*, à l'Académie dans la dernière séance conclut à l'irrecevabilité des conclusions de MM. Cadéac et Meunier.

I. — L'essence d'absinthe vraie est, de toutes les essences qui entrent ou peuvent entrer dans la composition de la liqueur d'absinthe, la plus toxique et, conséquemment, la plus dangereuse.

Elle seule est capable de produire l'attaque épileptique vraie.

Elle est, et reste, le type des convulsivants épileptisants, parmi les substances de cette nature d'origine végétale, ainsi que l'ont établi les travaux de M. Magnan, confirmés depuis par tous les expérimentateurs autorisés.

II. — C'est donc une erreur capitale, scientifiquement et pratiquement, et de nature à égarer l'opinion publique, que d'attribuer le titre de *bienfaisant* et de *correctif* à la substance fondamentale qui imprime à la liqueur d'absinthe ses caractères toxiques les plus dangereux ;

III. — En principe, la liqueur d'absinthe, de même que toutes les liqueurs de cette sorte, dites « apéritifs », telles, par exemple, que le vermouth et le bitter, de même que l'alcool pur, et à *fortiori*, les alcools non purifiés ou adultérés, constituent des poisons que condamne et réprouve l'hygiène.

Dans la pratique et à l'usage, les poisons sont d'autant plus violents et d'autant plus préjudiciables à la santé, que les substances qui les composent sont elles-mêmes, personnellement, douées de propriétés toxiques toujours plus dangereuses par leur nature comme par leur intensité : telle est, par-dessus tout, l'essence d'absinthe, grâce à son action épileptisante.

IV. — Le mot *absinthisme* est, en dernière ana-

lyse, et demeure le qualificatif vrai et approprié de cette action qui, avec l'action toxique de l'alcool, ou l'*alcoolisme*, constitue les deux grands ennemis, les deux grands fléaux de la santé publique et du développement de l'espèce ; ennemis auxquels il ne faut pas se lasser de déclarer et de faire la guerre.

M. Laborde a prouvé ce qu'il avançait, en faisant devant l'Académie des injections d'essence d'absinthe et d'essence d'anis à des cobayes de même âge et de même poids. L'absinthe a tué en donnant des convulsions épileptiformes ; l'essence d'anis n'a produit que la somnolence. L'erreur de MM. Cadéac et Meunier paraît découler de la mauvaise qualité de l'essence d'absinthe qu'ils ont expérimentée.

Au moment où M. Laborde allait commencer sa démonstration publique, une dame antivivisectionniste a protesté si bruyamment qu'il a fallu l'expulser de la salle de l'Académie.

Action antiseptique du sublimé à doses minimes.

M. *F. Scalji*, professeur de matière médicale à l'Université de Rome, a institué des expériences qui lui ont permis de conclure que le sublimé, à des doses minimes et insuffisantes par elles-mêmes à produire une action antiseptique, acquiert, quand on l'emploie en solution à la température de 45° à 5.° C, les qualités qui lui sont habituelles à fortes doses, mais perd les inconvénients (action toxique et caustique) qu'ont ces doses fortes. Des solutions à 1/10000 et 1/20000 ont préservé l'urine de toute putréfaction ; des doses de 1/50000 et 1/100000 à 45° et 50° ont empêché la putréfaction du jus de viande.

Cliniquement, M. Scalgi a obtenu un succès complet en pansant des plaies récentes avec ces solutions si faibles, mais chaudes de sublimé. Il reproche aux solutions ordinairement employées de produire à la surface des tissus une mince couche de coagulum et de mettre ainsi obstacle à la réunion par première intention.

Dans les accouchements il a obtenu les plus beaux résultats avec ces faibles solutions de sublimé à température élevée, et il conseille dans la pleurésie purulente, après avoir soustrait le pus, de faire dans la plèvre d'abondants lavages avec une solution de sublimé à dose très faible, mais à 40° ou 45° C.

Il ne faut pas oublier que M. C. Paul a publié il y a quelques années des succès remarquables dans le traitement de la blennorrhagie par des injections de sublimé à 1/20000, mais chaudes.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

I. Des variétés postérieures de présentation du sommet.— II. De la macération du fœtus vivant. — III. Thérapeutique utérine antiseptique. — IV. Pronostic et traitement de l'hématocèle péri-utérine. — V. Des faux polypes de l'utérus.

C'est sur les conseils du Pr Pinard que notre ami, le Dr A. Bataillard, a entrepris d'étudier cette importante question de pratique : le titre seul de son travail (*Etude statistique et clinique sur les variétés postérieures de la présentation du sommet considérées au point de vue de la durée et du pronostic, du travail, des modes de terminaison et d'intervention*) montre dans quel sens ont été conduites ses recherches. Il a réuni les cas d'occipito-postérieures qui se sont présentés en trois ans à la Maternité de Lariboisière et en a déduit des conclusions très intéressantes.

Contrairement à l'opinion des anciens auteurs, dans l'immense majorité des cas, la terminaison est identique dans les variétés antérieures et postérieures de la présentation du sommet, à l'étendue près du mouvement de rotation destiné à ramener l'occiput sous la symphyse pubienne. C'est ainsi que sur 400 cas d'occipito-postérieures, 353 fois la terminaison a été spontanée, après réduction en position occipito-pubienne. Quant à la durée du travail, elle varie suivant l'état de primiparité ou de multiparité de la femme et suivant le volume de l'enfant : chez les *primipares* comme chez les *multipares*, quand l'enfant pèse de 2,500 à 3,000 gr., la durée moyenne du travail de l'accouchement est de deux heures plus longue dans les postérieures que dans les antérieures ; quand l'enfant pèse de 3,000 à 3,500 gr., la différence est de près de trois heures et demie à l'avantage des antérieures chez les primipares et de trente minutes seulement chez les multipares.

Mais la rotation ne se fait pas toujours aussi facilement et l'occiput peut s'arrêter ou s'attarder dans le diamètre transversal du sommet : cette anomalie dans le mécanisme de l'accouchement est due à ce que la flexion ne se fait pas ; ce qui retarde en même temps la période de dilatation. Lorsque la flexion tarde ainsi à s'accomplir, la tête est maintenue dans le diamètre transversal par la présence, derrière la symphyse pubienne, de la lèvre antérieure du col, généralement œdématiée et qui forme cale. — Lorsque la dilatation est complète, ce n'est plus l'orifice utérin œdématié, mais bien la bosse séro-sanguine qui, par sa situation et sa forme, crée un obstacle. Aussi la durée du travail est-elle plus longue de 3 heures environ dans cette catégorie d'occipito-postérieures réduites en transversales. On est plus souvent obligé de recourir au forceps : la proportion d'accouchements ainsi terminés est de 22,48 % au lieu de 6,78 % (pour les O. P. communes).

Il peut encore arriver (2 p. %) qu'une occipito-postérieure se réduise en occipito-sacrée et se dégage dans cette position ; le fait est beaucoup moins fréquent que ne le croyaient les anciens accoucheurs ; il s'observe, lorsque l'accommodation du fœtus est gênée et empêchée. La multiparité, la surdistension de l'utérus (grossesse gémellaire, hydro-amnios), le faible volume du fœtus, l'état de macération de celui-ci, ainsi que les manœuvres intempestives, tant manuelles qu'instrumentales, sont des conditions favorables à sa production. Cette terminaison ne prolonge pas nécessairement la durée du travail qui peut marcher très rapidement et elle n'assombrit pas fatalement le pronostic, puisque, dans les cas relatés par Bataillard, elle n'a été préjudiciable ni à la mère, ni à l'enfant.

Quelle est la conduite à tenir en présence d'un accouchement par le sommet en variété postérieure ? Si le travail de l'accouchement, bien qu'un peu long, marche régulièrement, il faut s'abstenir de toute intervention manuelle ou instrumentale et se rappeler qu'une sage temporisation peut fournir 94 % d'accouchements spontanés. Si l'accouchement traîne en longueur et si l'on

constate l'arrêt de la tête défléchie dans le diamètre transversal du bassin, il ne faut pas se hâter d'intervenir à moins d'indication pressante du côté de la mère ou de l'enfant : une expectation de deux heures, la dilatation étant complète, est exigée par tous les accoucheurs. Pendant ce laps de temps, il ne faut pas abuser du toucher et même se contenter de surveiller les bruits du cœur fœtal. C'est pendant cette période d'expectation qui succède à la dilatation complète et qui précède le moment où la tête se cale, en quelque sorte, dans le diamètre transversal du bassin, qu'un toucher maladroit peut déterminer l'occiput à rouler dans la concavité du sacrum.

Bataillard croit qu'il n'est pas prudent de recourir aux méthodes de réduction manuelles, dès que la dilatation est complète, et pense qu'il faut également attendre deux heures avant d'intervenir, sans compter d'ailleurs beaucoup sur l'efficacité de ces manœuvres. Il leur préfère l'application du forceps qui reste la méthode de choix, toutes les fois que par suite de la déflexion de la tête fœtale et de son arrêt dans le diamètre transversal du bassin, la marche du travail se trouve enrayée.

Comment faut-il appliquer le forceps dans les occipito-postérieures ? Les règles classiques réduisent l'accoucheur à une de ces deux alternatives : *a*) faire deux applications successives de forceps ; la première destinée à ramener l'occiput en variété transversale, la seconde ayant pour but de compléter la réduction ; *b*) ramener, au moyen d'une seule application, l'occiput derrière la symphyse pubienne et dégager la tête, le forceps étant renversé sens dessus dessous.

Or, des statistiques de la Maternité de Lariboisière, il résulte que, pas une seule fois en trois ans, on n'a été obligé, pour ramener l'occiput derrière la symphyse pubienne, soit de faire deux applications de forceps, soit de dégager la tête, l'instrument étant à l'envers. C'est-à-dire que, pas une seule fois le forceps n'a été appliqué sur une occipito-postérieure. En d'autres termes, la main introduite dans la concavité sacrée pour guider la première cuiller du forceps a toujours constaté ou obtenu sans aucun effort, la réduction de la variété postérieure en variété transversale, sinon en variété antérieure. De telle sorte que dès l'instant où on est décidé à intervenir pour une variété postérieure, il convient de considérer la tête comme étant en transversale et de se comporter en conséquence.

II. DE LA MACÉRATION CHEZ LE FŒTUS VIVANT (1).

On connaît les altérations macroscopiques et les modifications histologiques des tissus du fœtus lorsque, après sa mort, celui-ci est retenu un certain temps dans la cavité close de l'œuf : différents auteurs (Lempereur, Sentex, Ruge, etc.) ont étudié la nature et l'ordre d'apparition des phénomènes de dégénérescence à l'ensemble desquels on donne le nom de *macération* ; ils ont, de plus, cherché à préciser l'époque où se voient les premiers signes de cette macération. Ce n'est en général qu'à partir du troisième jour qui suit la mort du fœtus qu'apparaissent le décollement de l'épiderme, son soulèvement sous forme de phlyctènes qui se produisent sur plusieurs points du corps, la déchirure de ces phlyctènes et la dénudation du derme qui en est la conséquence. C'est de la sérosité sanguinolente qui infiltre les tissus œdématiés du fœtus ; lorsque cette sérosité s'est écoulée par suite de la rupture des phlyctènes, le derme, qui est ainsi mis à nu, paraît luisant et rouge.

M. Ribemont-Dessaignes, en se basant sur des observations personnelles ainsi que sur d'autres observations qui lui ont été fournies par Mme Henry et par le professeur Pinard, montre que la formation des phlyctènes et la dénudation du derme peuvent s'observer à un moment plus rapproché de l'époque de la mort ; un jour, quelques heures même suffisent parfois pour que le derme soit mis à nu en plus d'un point. Ces lésions peuvent même se produire pendant la vie. Cette macération hâtive est caractérisée par la coloration *opaline*, *claire* du liquide que contiennent les phlyctènes et par la *teinte rose pâle* du derme mis à nu. Plusieurs des fœtus chez lesquels ont été observés ces phénomènes étaient atteints d'anasarque, qui, on le conçoit, facilite singulièrement la formation rapide des phlyctènes.

Ces faits n'ont pas seulement un intérêt scientifique, ils peuvent avoir une certaine importance en médecine légale.

III. THÉRAPEUTIQUE UTÉRINE ANTISEPTIQUE.

Notre collègue le Dr M. Peraire (1) a fait pendant deux ou trois ans des recherches bactériologiques sur les micro-organismes qui se trouvent dans la cavité utérine malade : il conclut de ces recherches que toutes les endométrites sont septiques. Que les microbes soient blennorrhagiques, tuberculeux, pyogéniques, ce sont eux qui constituent toutes les variétés anatomiques des endométrites dans toutes leurs formes parenchymateuses et interstitielles ; d'abord purement superficielle, l'inflammation microbienne se propage aux couches profondes de la muqueuse et de là au muscle utérin. Aussi, pour être rationnel, le traitement des affections utérines doit-il porter sur toute la cavité de l'utérus et être dirigé suivant les règles les plus sévères de l'antisepsie.

Lorsqu'on pratique un examen gynécologique, il faut, non seulement éviter tout traumatisme, mais être sûr de la parfaite asepsie de ses doigts, de ses ongles ainsi que des instruments dont on va se servir. Le vagin sera soigneusement désinfecté, à l'aide d'injections et de tampons d'ouate iodoformée.

Pour désinfecter la cavité utérine, on peut faire à la rigueur un lavage complet avec une sonde à double courant ; mais la stérilisation de la cavité utérine est mieux obtenue au moyen de crayons médicamenteux à l'iodoforme, au sublimé ou au salol. M. Terrier se sert pour le pansement de la cavité utérine de différents crayons dont voici les formules :

1° Poudre d'iodoforme........ 10 gr.
Gomme adragante........ 50 centigr.
Glycérine........ } Q. S.
Eau distillée........ }
pour dix crayons.

2° Iodoforme en poudre.... 20 gr.
Gomme arabique........ }
Glycérine pure........ } àà 2 gr.
Amidon pur........ }
pour dix crayons.

(1) *Annales de gynécologie*, 1889.

(1) Thèse Paris 1889.

3° Sublimé.................. 0,50 centigr.
Poudre de talc.......... 25 gr.
Gomme adragante........ 1 gr, 50
Eau......................} āā Q. S.
Glycérine ....}
pour cinquante crayons.

L'eau et la glycérine (2/3 d'eau pour 1/3 de glycérine) sont ajoutées par goutte jusqu'à consistance voulue.

Les crayons doivent être coupés de la grosseur d'une pilule de 20 centigr.

On peut faire également des crayons dans lesquels l'iodoforme est remplacé par le salol ou la résorcine.

Ces crayons sont introduits dans la cavité utérine, après qu'on a soigneusement abstergé le vagin et le col avec de l'ouate imbibée de sublimé à 1/1000. La cavité vaginale est ensuite remplie de tampons trempés préalablement dans une solution éthérée d'iodoforme à 1/10.

Lorsque cette antisepsie vaginale et utérine préparatoire est faite, on passe au traitement de l'endométrite : souvent, dans les cas légers, les pansements de la cavité utérine faits avec des crayons au bichlorure de mercure ou au salol seront suffisants ; mais, dans d'autres cas, il faut faire l'exploration directe de la cavité de la matrice. Pour cela, on dilate artificiellement l'utérus soit avec la laminaire ou l'éponge préparée, soit avec des tampons d'ouate iodoformée d'après la méthode de Vulliet (de Genève) ; on procède ensuite, s'il est besoin, au curettage de la cavité utérine qui est de plus en plus employé dans la thérapeutique des métrites : cette opération convient toutes les fois qu'il existe des végétations polypeuses qui occasionnent des hémorrhagies ou entretiennent des écoulements. Il est indiqué dans l'endométrite fongueuse, polypeuse, hyperplastique, dans les hypertrophies utérines, dans les métrites ulcéreuses, dans toutes les endométrites purulentes, dans le catarrhe chronique du col ou du corps, dans les endométrites puerpérales occasionnées par la rétention de débris de membranes ou de placenta, dans la rétention totale ou partielle du placenta.

Contre les déchirures du col, l'ectropion de la muqueuse, l'hypertrophie des lèvres, Peraire pense qu'il faut instituer un traitement chirurgical destiné à rendre aux parties leur forme et leur situation normales. C'est ainsi que l'opération d'Emmet (avivement des lèvres de la déchirure du col, suture des surfaces avivées) diminue le volume du col et lui rend sa forme ; de même par l'opération de Schrœder (excision de la muqueuse malade faisant ectropion, etc.), on peut reconstituer le canal cervical.

IV. PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE (1).

Nous résumons une revue très complète du Dr Ozenne sur cette question : l'hématocèle péri-utérine doit être divisée en intra-péritonéale et en extra ou sous-péritonéale, suivant que le sang s'est accumulé en dedans ou en dehors de la cavité péritonéale. Cette division est importante à conserver au point de vue du pronostic et du traitement, inhérent à chacune d'elles.

A. *Hématocèle intra-péritonéale.* — Si dans un certain nombre de cas de cette maladie, la guérison peut survenir assez rapidement et sans laisser aucun reliquat, il n'est pas rare de voir le pronostic assombri par des accidents variés qui peuvent apparaître soit dès le début de la maladie, soit pendant son évolution, soit plus tardivement. Aussi est-il facile de comprendre la divergence des opinions des auteurs relativement à l'opportunité de la meilleure conduite thérapeutique à tenir, les uns préconisant le traitement médical, les autres recourir de bonne heure au traitement chirurgical.

Traitement médical : Au début, immobilité absolue ; vessie de glace sur le ventre ; serviettes imbibées d'eau froide appliquées sur les cuisses et renouvelées fréquemment, morceaux de glace dans le vagin, ergotine ; boissons acidulées, etc. Lorsqu'on suppose l'hémorrhagie arrêtée, traitement antiphlogistique (15 à 30 sangsues sur le ventre). Contre les douleurs, opiacés, cataplasmes, injections de chlorhydrate de morphine. Pour amener la résorption de l'épanchement sanguin, onctions d'onguent napolitain belladoné sur le bas-ventre et plus tard larges vésicatoires. Il faut en outre veiller à la régularité des fonctions urinaire et intestinale et soutenir les forces par un régime tonique et une alimentation réparative.

Le *traitement chirurgical* comprend plusieurs procédés opératoires ; la ponction à travers la paroi abdominale ou par le vagin — l'incision vaginale et le drainage avec deux gros tubes de caoutchouc — la laparotomie sous-péritonéale (Hegar, Pozzi) — et la laparotomie transpéritonéale, qui est adoptée par nombre de chirurgiens.

B. *Hematocèle extra-péritonéale ou sous-péritonéale pelvienne.* — Cette variété d'hématome, plus rare que la précédente, est en général d'un pronostic peu sérieux ; dans la majorité des cas, elle guérit assez rapidement. Le traitement médical est alors suffisant.

Mais lorsque l'hémorrhagie est très abondante, la rupture de la poche dans la cavité péritonéale ou son inflammation, suivie d'accidents septiques sont des complications qui peuvent survenir et mettre en danger les malades. L'incision vaginale ou la laparotomie sont alors les seules ressources dont on puisse disposer.

En résumé, il ne peut y avoir de règles absolue pour la thérapeutique de l'hématocèle péri-utérine : bien que le traitement chirurgical ne soit pas exempt de dangers, il faut le faire venir au secours des moyens médicaux quand ceux-ci sont devenus impuissants à obtenir la guérison.

V. DES FAUX POLYPES DE L'UTÉRUS (1).

Les tumeurs pédiculisées de l'utérus auxquelles on donne le nom de polypes sont divisées généralement en polypes *fibreux* et *muqueux* appartenant tous les deux à la catégorie des tumeurs bénignes, ne récidivant pas après l'ablation.

Outre ces vrais polypes, il y a toute une série de productions pathologiques qui peuvent se former dans l'utérus dans des conditions spéciales et donner lieu à tous les symptômes des polypes, sans cependant être de vraies tumeurs dans le sens que comporte la définition de ce mot. C'est à l'étude de ces faux polypes utérins que Mme la Dr Anna Klassow (de Kiew) consacre une intéressante monographie.

(1) *Bulletin médical* 6 octobre 1889.

(1) *Annales de gynécologie*, février et mars 1889.

Leur structure est complètement différente de celle des vrais polypes : ils prennent naissance dans l'utérus puerpéral, aux dépens du produit de conception après une délivrance incomplète ou bien simplement aux dépens des caillots sanguins qui se déposent sur un endroit de la plaie utérine, après une délivrance complète.

Ils peuvent être divisés en :

a) polypes *fibrineux* qui se forment aux dépens de caillots sanguins se déposant, dans le cas le plus simple sur les thrombus qui oblitèrent les sinus utérins après la délivrance ;

b) polypes *placentaires* qui sont le résultat d'une délivrance incomplète dans laquelle il reste des morceaux de placenta dans l'utérus ;

c) polypes formés par l'organisation de restes de membranes (caduque et chorion) dans l'utérus. Ils peuvent donner lieu à des hémorrhagies post-puerpérales, même si les premiers temps des couches ont été normaux.

Ce qui leur donne un intérêt particulier à ces faux polypes, c'est qu'ils peuvent rester pendant un certain temps à l'état latent, pour ainsi dire, et ne donner l'éveil que longtemps après l'accouchement ou l'avortement, leurs symptômes peuvent se manifester dans certains cas des semaines et des mois après que les couches se sont terminées d'une façon en apparence normale.

Dr G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La perception du droit d'enregistrement des diplômes médicaux.

Mon cher Confrère,

Dans la correspondance du n° 39 du *Concours médical*, un de nos confrères vous demande s'il doit payer la somme de 7 fr. que lui réclame aujourd'hui l'enregistrement, pour frais d'enregistrement de son diplôme, après 17 ans d'exercice.

Vous conseillez à ce confrère de ne pas payer, d'invoquer la prescription, et, si on l'oblige à payer, d'écrire au ministre des finances dont vous publierez la réponse.

Je me suis trouvé dans le même cas, j'ai fait tout ce que vous conseillez et j'ai été obligé de payer.

Permettez-moi de vous raconter toutes les péripéties de cette affaire que j'avais prise à cœur de poursuivre, attendu que tous mes confrères avaient été obligés de payer sans se défendre.

Le 10 novembre 1888 je reçus du receveur de l'enregistrement de... un avertissement de venir payer dans le plus bref délai la somme de 5 fr. 47 pour frais d'enregistrement de mon diplôme, après **26 ans** d'exercice. N'aimant pas les tracasseries de ce genre, j'avais remis à un ami la somme de 5 fr. 47, le priant de vouloir bien les remettre, avec la lettre d'avertissement, au receveur de l'enregistrement de l'arrondissement. Cet ami ayant affaire à ce même bureau, cela m'évitait un voyage de huit lieues que mes occupations professionnelles ne me permettaient pas de faire. Il vint me voir dans la soirée et me dit : « Je n'ai pas payé vos 5 fr. 47, je vous conseille de ne pas payer. Vous avez déposé votre diplôme en 1862. Il y a de cela **26 ans**, vous ne devez rien, car il y a prescription. J'en ai parlé à des personnes bien renseignées qui m'ont empêché de payer. Ces personnes disent que c'est un excès de zèle de la part de l'inspecteur ».

J'écrivis au receveur de l'enregistrement et lui demandai sur quelle loi il basait sa réclamation de 5 fr. 47 de frais d'enregistrement de mon diplôme que j'avais déposé au greffe du Tribunal en 1862 et pour lequel j'avais payé 2 fr. 50 ou 3 fr. 50. De plus, mon dépôt datant de plus de 25 ans, j'invoquais la prescription pour le droit réclamé.

Le 22 novembre 1888, le receveur me répondit la lettre suivante :

« En réponse à votre lettre d'hier, j'ai l'honneur de vous informer que la réclamation qui vous est faite est basée sur les lois des 19 ventôse et 24 germinal an XI, et sur les instructions de la direction générale de l'enregistrement, nos 1204 et 558. En 1862 votre diplôme a bien été déposé au greffe et *acte* de cette présentation a été dressé ; c'est cet *acte* qui aurait dû être soumis alors à l'enregistrement. Il ne l'a pas été *et l'Etat a* 30 *ans* pour vous réclamer les droits dus et qui s'élèvent à 5 fr. 47. M. l'Inspecteur me charge de vous prier de nouveau de vouloir bien payer cette somme le plus tôt possible, par un mandat poste, par exemple ; ce n'est pas à vous seul qu'il réclame les droits dus pour la même cause. Le greffier à qui j'ai donné connaissance de votre lettre affirme bien n'avoir pas perçu 3 fr. 50, mais 2 fr. 10 seulement, car jusqu'en 1873 il ne faisait pas enregistrer ces actes de dépôt d'inscription sur son registre ad hoc. *Dura lex, sed lex* et je ne puis que vous prier d'acquitter sans retard les droits qui vous sont réclamés et qui sont parfaitement dus. En attendant un très prochain paiement des 5 fr. 47, veuillez agréer, M., mes salutations empressées. »

Je ne me tins pas pour battu et, afin de prendre conseil en haut lieu, j'écrivis au Receveur que d'ici peu j'irais payer. J'écrivis à un sénateur, ancien avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, lui mettant sous enveloppe la lettre du receveur.

Dans ma lettre je lui donnai tous les renseignements désirables pour étudier cette affaire et je le priai de me donner un conseil.

La réponse ne se fit pas attendre longtemps, car le 30 novembre 1888 je reçus la lettre suivante :

« J'ai examiné la question que vous m'avez fait l'honneur de me poser.

Les médecins chirurgiens et les pharmaciens sont obligés à présenter leurs diplômes au greffe du Tribunal (L. 19 ventôse an XI et du 2 germinal an XI).

Le greffier peut alors constater cette présentation de deux manières :

1° Il peut dresser un acte de dépôt qui est soumis à l'enregistrement et au droit de greffe ;

2° Mais il peut se borner à faire mention sur le registre à ce destiné de la présentation du diplôme. Dans ce cas, il n'est pas dû d'autre droit, que le droit de timbre, pour la mention du diplôme sur le registre, qui est *timbré*.

Cette distinction est parfaitement faite dans le répertoire de Garnier paru en 1878, au mot « greffe », n° 9172.

Je copie ce passage en entier :

« Un registre pour la transcription des diplômes « des officiers de santé, médecins, chirurgiens, « pharmaciens, sages-femmes (loi 10 ventôse an « XI, art. 22). Chaque diplôme y est copié, et il « y est fait mention sur le diplôme de la trans-

« cription au greffe. Aucun droit n'est dû que celui du timbre.

« L'acte de transcription est soumis à l'enregistrement et au droit de greffe (204 et 558, Instruction générale). *Mais, lorsqu'on se borne à faire mention sur le registre de la présentation du diplôme, il n'y a lieu à perception d'aucun droit* (décision du ministre des finances du 11 mai 1819). »

Il paraît même que le dépôt au greffe du tribunal était tombé en désuétude, si l'on en croit Trébuchet, Jurisprudence de la médecine, p. 428, et Dalloz, voir Médecine, n° 13.

Quoi qu'il en soit, il me semble certain que, lorsque le greffier s'est borné à mentionner le diplôme sur son registre, lorsqu'il n'a pas dressé d'acte de dépôt, il ne peut être perçu ni droit d'enregistrement, ni droit de greffe. Y a-t-il pour votre diplôme un acte de dépôt ? Cela ne me paraît pas probable ; le greffier l'aurait fait enregistrer.

Si, comme cela me paraît possible, il n'y a pas eu d'autre formalité que l'inscription de votre diplôme sur un registre (selon la pratique généralement suivie, d'après les renseignements que j'ai puisés à bonne source), la réclamation qui vous est adressée ne me semble pas fondée. Je vous envoie l'avertissement qui était contenu dans votre lettre.

Veuillez agréer, etc. »

Il n'y a pas eu d'acte de dépôt de mon diplôme. Le greffier a tout simplement fait mention de la présentation de mon diplôme sur un vieux registre *ad hoc* et *non timbré*. La mention ne porte que quelques lignes, il est dit tout simplement que telle date, telle année, j'ai présenté au greffe mon diplôme relatant que j'ai été reçu docteur en médecine par la Faculté de Paris le 28 novembre 1862 — puis à la suite la signature du greffier.

Ceci ne peut pas être considéré comme un acte, car le registre n'est pas timbré.

Lorsque j'eus reçu cette consultation, j'allai trouver le receveur et lui dis : « Je ne refuse pas de payer les 5 fr. 47 que vous me réclamez pour frais d'enregistrement de l'acte de dépôt de mon diplôme au greffe, si vous me montrez cet acte enregistré dans votre bureau. Or, je vous défie de me montrer cet acte enregistré, attendu qu'il n'y a pas eu d'acte de dépôt dressé au greffe. — Vos confrères sont dans le même cas et ils ont tous payé, même ceux qui ont commencé à exercer en 1853 et 1854. — Montrez-moi, lui dis-je, cet acte enregistré dans votre Bureau. — Le rouge lui vint au visage et il resta quelque temps sans me répondre. Enfin, revenant un peu à lui, il me dit : « Cet acte doit être au greffe, venez avec moi au greffe. » Nous sortons ensemble et arrivés au greffe nous demandons le fameux registre. On nous présente un vieux registre *non timbré* où sont tout simplement mentionnées les présentations de diplômes. Le receveur y cherche la mention de mon diplôme qui ne se compose que de 4 à 5 lignes et au-dessous la signature du greffier.

« Voici l'acte » me dit-il. — Je lui démontrai que ce n'était qu'une mention du dépôt de mon diplôme et non un acte, attendu que les 5 lignes n'étaient même pas accompagnées du timbre ; — au surplus, sur une même feuille il existe 6 à 8 inscriptions de diplômes, tandis qu'un acte ne doit occuper qu'une feuille *timbrée*.

Nous discutâmes pendant quelque temps et ce pauvre receveur finit par convenir que ce n'était pas un acte, que rien dans cette inscription n'avait été enregistré, mais que l'inspecteur exigeait quand même le paiement. C'est alors que je lui dis : « J'ai demandé une consultation à un sénateur, ancien avocat au Conseil d'Etat et à la cour de cassation, et voici son avis. » — Je lui lus la consultation. — « Vous voyez que je ne dois rien. » — Il voulut connaître l'auteur de la consultation. Je lui demandai la permission de lui taire le nom du personnage éminent qui m'en avait honoré. Je lui en promis une copie qu'il remit à son inspecteur, qui, très embarrassé, transmit mes lettres et ma consultation au Directeur général de l'enregistrement. Ceci se passait à la fin de novembre 1888.

Sept mois se passèrent, lorsque le 11 juillet 1889, je reçus du receveur la lettre suivante :

Monsieur,

« La réclamation de 5 fr. 47 que je vous avais faite au mois de novembre dernier après la visite de M. l'inspecteur n'a pas été abandonnée par l'administration.

M. le directeur de..... l'a soumise à M. le Directeur général, et j'ai l'honneur de vous informer que par décision *ministérielle* du 11 mai 1889, qui vient de m'être transmise, il a été décidé que c'était avec raison que ce droit vous était réclamé et que l'on m'invite à vous prier de le payer le plus tôt possible. Je tiens à votre disposition dans mon bureau l'exposé des motifs qui font qu'il a été décidé que cette somme est due et je vous serai obligé de me la faire payer le plus tôt possible (5 fr. 50).

Veuillez agréer, M., mes salutations. »

Il aurait fallu aller en conseil d'Etat, et, comme je n'ai pas le temps de m'occuper de toutes ces tracasseries, je fis payer les 5 fr. 47 le 13 juillet 1889, trois jours après.

Le même receveur m'a avoué que dans un arrondissement voisin les inscriptions de diplôme au greffe ne se composent que d'une *simple mention* sur un registre *non timbré* ad hoc et que ces déclarations ne sont pas soumises à l'Enregistrement. Il y a donc deux poids et deux mesures en France ?

Ma lettre, déjà trop longue, aurait encore besoin de développements. — Je vous laisse ce soin.

Je n'ai pas eu la curiosité de demander au receveur l'exposé des motifs qui font que le ministre des finances a décidé, dans sa haute sagesse, la légalité du paiement des 5 fr. 47. — Pourquoi pas 7 fr., comme il a été réclamé à notre confrère G. R. 862 ?

Je vous livre les faits pour servir à l'étude de la défense de nos intérêts professionnels.

Agréez, cher confrère, l'assurance de mon entier dévouement.

Dr A.

30 septembre 1889.

REPORTAGE MÉDICAL

Cours d'accouchements. — MM. les Drs *G. Lepage* et *J. Potocki* commenceront le lundi 4 novembre, à 4 h. 1/2 du soir, un cours d'accouchements.

Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours, à 4 h. 1/2, dans la *salle des conférences de l'Associa-*

tion générale des Etudiants, 41, *rue des Ecoles*. Il sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

Nouvelles de l'Exposition. — C'est avec plaisir que nous voyons figurer parmi les produits récompensés à l'Exposition universelle de Paris 1889 *Les granules Berthiot*.

Le Jury, en leur décernant une médaille, ne fait que confirmer une fois de plus la haute valeur de ces produits dont nombre de nos lecteurs font le plus grand éloge.

Il en est de même des appareils de M. *Chardin*, qui a obtenu une *médaille d'argent* dans la classe 62 (sources d'électricité) et une *médaille d'or*, dans la classe 14 (médecine et chirurgie). Nous adressons nos félicitations à M. Chardin.

Liste des médecins récompensés par le Jury de la classe 64. (*Hygiène et Assistance publique*).

1° Médaille d'or: Notre excellent confrère Gibert du Havre (du *Concours médical*).

2° Médaille d'argent: Dr Chervin.

3° Médailles de bronze: Dr Bonnefoy; Dr Sutils (du *Concours médical*).

4° Mentions honorables: Dr. Bertrand; Dr Ledé; Dr Olive (du *Concours médical*).

Société d'Ophtalmologie de Paris.— Il vient de se fonder une nouvelle Société d'Ophtalmologie à Paris, sous la présidence de M. Chevallereau. Le vice-président est M. Chauvel ; le secrétaire géral, M. Gorecki ; les secrétaires annuels, MM. Valude et Despagnet ; le bibliothécaire, M. Hubert et le trésorier, M. Dubois de la Vigerie.

— La *British médical Association* a chargé une commission de faire une enquête pour se rendre compte de l'âge moyen de trois catégories de buveurs, à savoir : ceux qui s'abstiennent complètement des boissons alcooliques, ceux qui en prennent avec plus ou moins de mesure; ceux enfin qui en font abus.

Cette commission a déposé son rapport. Ses observations ont porté sur 4,234 cas de décès, portant sur cinq catégories d'individus, et voici l'âge moyen atteint par chacune de ces catégories :

1° ceux qui ne boivent pas du tout d'alcool, 51 ans 22 jours.

2° ceux qui sont modérés dans le consommation des boissons alcooliques, 63 ans, 13 jours.

3° ceux qui boivent sans intention de se griser, par simple imprudence, 59 ans, 67 jours.

4° les buveurs habituels, 57 ans, 59 jours.

5° les ivrognes, 53 ans, 13 jours.

Il en résulte, chose singulière, que ce sont ceux qui ne boivent pas du tout d'alcool qui atteignent l'âge le moins avancé; viennent ensuite les ivrognes qui ne les dépassent que de peu.

(*La Pratique Médicale*).

Maisons pour les orphelins pauvres des médecins Italiens. — Il vient d'être créé à Turin une institution qui est appelée à rendre les plus grands services aux orphelins pauvres des médecins. C'est un collège où ils seront élevés et instruits au moyen de bourses qui ont été créées récemment. L'enseignement qui leur sera donné sera le même que celui des gymnases et des lycées. L'ouverture de cette Ecole aura lieu le 1er novembre. Il serait à souhaiter, sinon qu'une institution semblable fût créée en France, mais que le nombre des bourses en faveur des orphelins des médecins soit augmenté et que cette mesure soit également étendue à leurs filles en créant pour elles aussi des bourses dans les lycées et collèges de jeunes filles.

(*Progrès médical*).

On a calculé qu'à 50 ans, la plupart des hommes ont passé 18 ans à dormir ; 3 ans et demi à manger et à boire ; deux ans et demi à s'habiller et à se laver. Assurément les gens de la campagne consacrent moins de temps à leurs ablutions!

Le Dr *Evans*, *de Birmingham*, est poursuivi sous la prévention d'homicide involontaire, parce que l'utérus s'étant rompu et une anse intestinale s'étant présentée pendant l'accouchement, il a jugé, à tort, qu'il n'y avait pas lieu à intervention et que la femme était perdue.

Nous annonçons avec un vif regret la mort d'un médecin distingué, le Dr *Duboué*, de Pau, connu pour de nombreux et intéressants travaux.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Le Congrès international de l'Assistance publique vient d'être publié in-extenso par la maison Rongier. La phrase suivante extraite du discours prononcé dans la séance du vendredi 2 août résume ce que le médecin doit prêcher pour l'enfant abandonné :

« Le placement familial, la profession agricole, voilà les bases solides que nous ne laisserons pas ébranler. »

A voir aussi très bien traitées les questions de « l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes », de « l'organisation méthodique de la bienfaisance », dans quelle mesure l'assistance publique doit-elle être obligatoire, etc., etc. Deux forts volumes de sept cents pages environ. Prix 20 fr., remise de 20 % aux membres du Concours.

Société de médecine pratique. **Les Sciences médicales en 1889**, rapports publiés à l'occasion de l'Exposition universelle. Prix 8 fr., mais 6 fr. 40 pour MM. les membres du Concours.

L'hygiène infantile à travers les âges, par Auvard, médecin des hôpitaux, et Piuzet. Charmant petit livre contenant 85 gravures et racontant l'histoire du maillot, du berceau et du biberon chez les différents peuples à tous les siècles jusqu'à nos jours. Prix 2 fr., 20 % de remise.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le docteur Chevalier, de Constantine (Algérie), membre du Concours médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Bollard, de Souvigny (Allier), présenté par M. le docteur Leblanc, de Courçois.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

Société du Concours médical et de l'Union des Syndicats.

Le dimanche 20 novembre, à 2 heures, au Grand-Hôtel.

ORDRE DU JOUR.

A 2 heures, séance de l'Union, sous la présidence de M. le Dr LEROY.

1° Allocution du président en fonctions.

2° Renouvellement du bureau pour 1890. Retrait de l'autorisation d'exercice accordée à des charlatans étrangers.

3° Compte rendu du secrétaire général trésorier de l'*Union*.

4° Etude des moyens propres à assurer aux médecins une rétribution convenable, dans l'organisation de l'Assistance publique proposée par le Conseil supérieur.

5° Moyen d'arriver, le plus tôt possible, à la revision des tarifs médico-légaux. Modus vivendi actuel à établir.

6° Caisse d'*indemnité de maladie* du syndicat de l'Aisne.

7° Questions diverses.

Séance du CONCOURS MÉDICAL

à 4 heures, sous la présidence du Directeur.

ORDRE DU JOUR.

1° Allocution du Directeur.

2° Complément de rapports des Comités.

3° Adresse aux sénateurs et députés pour la *revision des lois de* l'an XI et pour la *revision de la loi de mars* 1884 sur les *Syndicats professionnels.*

4° Demande à adresser à la *Faculté de médecine* et à l'*Association de la presse médicale.*

5° *Compagnies d'Assurance* contre la maladie.

6° Propositions diverses. — Remplacements médicaux. — A 6 heures et demie, *Banquet.* — Après le banquet, Voyage en *Islande* de M. le Dr LABONNE, projections de M. MOLTÉNI.

LA SEMAINE MÉDICALE

Propriétés physiologiques des iodures de potassium et de sodium et emploi de l'iodure de potassium dans les affections du cœur.

M. *G. Sée* a communiqué à l'Académie de médecine le résultat d'expériences faites par lui avec son aide de laboratoire, M. Lapicque, dans le but d'élucider le mode d'action des iodures sur le cœur et les vaisseaux.

Nous passons rapidement sur le détail des expériences physiologiques. (Injections intraveineuses d'iodure de potassium et d'iodure de sodium faites comparativement à des chiens curarisés dont on mesurait la pression artérielle avec le manomètre enregistreur).

Elles ont démontré à M. Sée que les phénomènes observés se divisent en 2 périodes.

Dans la première, c'est l'action de l'alcali qui est surtout appréciable, et elle diffère suivant qu'il s'agit du potassium ou du sodium: avec l'iodure de potassium, élévation immédiate de la pression, accélération du cœur; avec le sodium, phénomènes beaucoup moins accentués.

Dans la seconde phase, phase de l'iode, la pression sanguine descend lentement et d'une façon continue jusqu'au-dessous de la normale pour remonter lentement, le cœur étant alors peu accéléré. Cette seconde phase est identique pour les deux iodures.

La première phase d'accélération cardiaque observée avec l'iodure de potassium coïncide avec une vaso-constriction évidente (vaso-constriction potassique qui manque avec l'iodure de sodium), puis vient une vaso-dilatation finale commune aux deux sels.

M. Sée déduit de ses expériences les conclusions pratiques suivantes.

EXPLICATIONS DE L'IODOTHÉRAPIE DU CŒUR

La vaso-dilatation, avec l'abaissement de pression, c'est la caractéristique de l'iode. La vaso-constriction avec l'élévation de pression et le renforcement du cœur, c'est la caractéristique de l'iodure de potassium qui commence par l'une et finit par l'autre.

I. *Actions hypérémiantes par vaso-dilatation sur les organes respiratoires*: En général, l'iode entraîne partout, sur la muqueuse des bronches et du poumon et sur la peau, de véritables hypérémies, qui peuvent bien, par de fortes doses, s'exagérer jusqu'à la production d'hémorrhagies, mais qui constituent, en réalité, la base indiscutable de la plupart des actions iodiques utiles, comme nous allons le prouver. Or, ce pouvoir hypérémiant, ce pouvoir congestif, tient à la vaso-dilatation, laquelle a lieu non par le fait de la paralysie du centre vaso-moteur, comme on l'observe par le chloral ou le nitrite d'amyle ; ce centre reste intact ; la vaso-dilatation est à la périphérie, soit dans les vaisseaux des organes, soit dans ceux des tissus superficiels.

Action hypersécrétoire bronchique. Action antidyspnéique sécrétoire chez l'asthmatique: La première et la principale de ces congestions thérapeutiques est celle qui se passe dans les bronches et dans les glandes de la muqueuse bronchique et détermine une véritable hypersécrétion ; il résulte de là que l'exsudat visqueux compact et adhérent de la muqueuse, qui caractérise l'expectoration si pénible de l'asthmatique, se trouve ramolli, imprégné et remplacé par une sécrétion liquide ; de là, pénétration plus facile de l'air dans les bronches ; de là aussi les échanges gazeux plus faciles entre l'air intra-pulmonaire et l'atmosphère ambiante. La dyspnée cesse dès que l'iode a commencé à agir. Nous avons là, comme je l'ai démontré, le spécifique de l'asthme. Or, cette action spécifique tient à la vaso-dilatation des vaisseaux, à l'hypersécrétion due à l'afflux du sang dans les vaisseaux.

Vaso-dilatation des vaisseaux pulmonaires Action antidyspnéique pulmonaire chez le cardiaque: La circulation intra-pulmonaire est elle-même activée par l'iode qui, en hypérémiant le tissu du poumon, lève les stases veineuses si fréquentes et si graves dans les vaisseaux pulmonaires des cardiaques. C'est un médicament respiratoire pour le cardiaque aussi bien que pour l'asthmatique. On peut dire même qu'il constitue un médicament pulmonaire direct, et ce qui le prouve, c'est que l'iode s'accumule en quantité énorme dans le poumon et facilite ainsi la respiration (Recherches de Calmels en 1887). Or, nous savons maintenant que la plus légère dyspnée de travail chez le cardiaque est aussi une dyspnée pulmonaire. L'iode agit donc pour libérer la respiration, c'est-à-dire le poumon.

Mais ce n'est pas encore toute l'action antidyspnéique : outre qu'elle est à la fois pulmonaire et broncho-sécrétoire, elle est aussi d'ordre chimico-nerveux. Après avoir reconnu la cessation de la dyspnée bronchique chez l'asthmatique par la suppression de l'obstruction mécanique des bronches au moyen de l'iode, après avoir constaté la diminution de la dyspnée chez le cardiaque par le fait d'une circulation pulmonaire plus active, M. Sée s'est aperçu qu'en l'absence de tout trouble mécanique broncho-pulmonaire, l'iodure de potassium ne perdait pas ses droits. Le cardiaque peut avoir, outre la dyspnée de travail ou pulmonaire, une dyspnée d'ordre nerveux ou d'ordre chimique. On ne trouve chez certains cardiaques aucun signe d'engorgement veineux pulmonaire, ni d'infarctus, ni d'œdème pulmonaire qui détermine la dyspnée : c'est alors l'asphyxie continue ou par accès.

Or, dans ce cas encore, l'iode intervient utilement et voici comment : L'asphyxie porte aux centres respiratoires un excès de CO^2, qui empêche l'innervation respiratoire régulière et l'excite outre mesure. L'iode active la circulation générale et, par conséquent, celle des centres respiratoires. Le passage d'une plus grande quantité de sang augmente ainsi l'activité des échanges gazeux ; le sang du bulbe tend à se désasphyxier et se trouve ramené au type fonctionnel normal. La dyspnée paroxystique ou continue, les accès de suffocation, les menaces d'asphyxie, disparaissent sûrement.

II. *Actions multiples de l'iodure de potassium sur le cœur.* — Le cœur subit, à son tour, par l'iodure de potassium, d'importantes modifications, mais non par l'iode seul ; l'une, dans sa circulation intrinsèque ou coronaire, d'autres, dans son système nervo-musculaire, dans sa nutrition et son rythme.

a) *Renforcement primitif du cœur et de la pression ; puis, grande facilité de son travail par la vaso-dilatation des coronaires*: On a considéré les iodures comme des dépresseurs vasculaires, et c'est même à cette propriété de faire baisser la pression vasculaire qu'on a attribué tous les avantages des iodures dans les nombreuses affections cardiaques, attribuées à la surélévation de la pression.

Il semblait qu'il y eût là une formule antagoniste des plus simples, mais cette indication est hypothétique. Il faut d'abord faire une large part à l'iodure de potassium qui, ainsi que le montrent les tracés, produit une augmentation manifeste de la pression, et ne permet pas de classer la médication iodurée parmi les dépresseurs, plutôt que dans le groupe des cardiaques sans adjectif. En effet, dès le moment que la pression est augmentée par *le fait du cœur*, la circulation intracardiaque doit être activée dans les artères coronaires, comme dans tout le système artériel, et ce sera le résultat de l'action du potassium sur le système nervo-musculaire en général, du myocarde en particulier. Le cœur se trouvera ainsi renforcé nerveusement, puis dans sa circulation et, par conséquent, dans toute sa fonction musculaire.

Arrive bientôt la phase iodique vulgaire, com-

mune à toutes les préparations d'iode, et dans laquelle se manifeste la vaso-dilatation générale et, par conséquent, aussi coronaire. Nous avons là un moyen de faciliter singulièrement la circulation intrinsèque du cœur, en ce sens que le cœur, pour chasser le sang dans ses artères propres et dans son propre tissu, n'est plus obligé de fournir la même somme de travail que dans l'état antérieur. Le cœur se trouve dégagé de ses obstacles naturels qui sont la tonicité de tous les vaisseaux artériels. Dans cette condition nouvelle, le cœur reprend une nouvelle force, et, loin d'être déprimé, il bat avec énergie, ce qu'il est facile de constater chez le malade cardiaque, comme chez l'animal en expérience; l'impulsion cardiaque reste entière, et le sphygmographe indique un pouls large et fort. Donc, les iodures, quels qu'ils soient, ne sont pas des dépresseurs du pouls; c'est le contraire qui est vrai pour l'iodure de potassium, qu'on peut considérer comme un vrai cardiaque ou plutôt un tonique indirect du cœur, c'est-à-dire comme un moyen infaillible de relever la circulation affaiblie, de l'accélérer, et même de la régulariser.

b) *L'iodure de potassium est un poison digitalique, c'est-à-dire bienfaisant*: Nous connaissons, dit M. Sée, la toxicité comparative des sels de potasse et des sels de soude, signalée depuis 1864 par Claude Bernard et Grandeau, et démontrée par Feltz et Ritter, surtout par Bouchard, qui l'ont constatée dans les urines; mais nous savons aussi que cette toxicité est plus que modérée, même dans les urines où elle ne forme que la cinquième partie des poisons, d'après Bouchard, bien moins encore, d'après A. Robin, à cause des erreurs chimiques grossières, et qu'elle est tout à fait amoindrie pour le cœur, car nous avons pu injecter impunément jusqu'à un à trois grammes d'iodure de potassium dans les veines d'un chien pesant huit à dix kilogrammes. A cela il faut ajouter avec tous les expérimentateurs, avec Traube, Guttmann et Rosenthal, Podcopoieff, Kemmerich, Bunge, Bœhm, Ringer, Kœhler, que les sels de potasse n'agissent comme toxiques que si on les injecte directement dans le sang, mais que, pris à l'intérieur, soit purs, soit avec certains aliments qui en contiennent vingt fois plus que la dose thérapeutique, ils ne produisent que des effets insignifiants. Comment, d'ailleurs, agissent les sels potassiques ? Pendant longtemps on les a considérés comme des poisons musculaires (Ranke, Podcopoïeff); mais tous les physiologistes modernes sont d'accord pour dire qu'ils affectent d'abord les appareils nerveux (Traube) qui sont d'abord surexcités, puis affaiblis, et qu'ils finissent par paralyser les muscles.

Or, parmi ces muscles, le plus important c'est le cœur. Cet organe, sous l'influence de doses modérées injectées dans le sang ou introduites dans l'estomac, présente des modifications très analogues à celles que lui imprime la digitale. Après une légère dépression passagère, il survient une augmentation de la pression qui est naturellement indépendante de la vaso-dilatation, et ne peut provenir que d'un surcroît d'énergie du cœur. Finalement, les centres intra-cardiaques se paralysent (chez l'animal en expérience) et le cœur s'arrête. Si donc l'iodure de potassium est un poison du cœur, c'est un poison bienfaisant et certainement plus utile que l'iode ou l'iodure de sodium, car l'iodure de potassium n'est pas seulement un sel de potassium, c'est un iodique, et c'est à ce double titre qu'il agit. L'iodure de sodium ne produit d'effet utile que par les vaisseaux qu'il dilate au moyen de l'iode seul, car la soude est indifférente pour les muscles, pour les nerfs et pour les globules sanguins qui ont besoin de potassium. La soude est un élément du plasma, un élément, pour ainsi dire, passif.

III. *Applications de l'iodure à la plupart des maladies du cœur et des vaisseaux coronaires*: L'expérience m'a démontré depuis longtemps, continue M. Sée, l'utilité de l'iode dans les lésions les plus diverses du cœur, de son muscle et de ses vaisseaux, et je ne le condamne que s'il détermine des hémorrhagies ou de l'iodisme gastrique durable. Si ses avantages sont si inéluctables dans les cardiopathies, c'est que partout, et toujours, il rétablit la respiration compromise même au début des cardiopathies, car la dyspnée de travail est un phénomène initial et se retrouve dans presque tous les cas, même quand la compensation entre le myocarde et les obstacles qu'il rencontre paraît parfaite. A plus forte raison, l'iode s'impose quand la dyspnée est franchement pulmonaire par stase veineuse ou par œdème pulmonaire, ce qui a lieu chaque fois que la compensation est troublée ou annulée, chaque fois qu'il y a ce qu'on appelle *asystolie*.

Mais l'indication de la dyspnée n'est pas la seule; j'énumère les cas où l'iode est incontestablement utile et je les explique. Je cite en passant les cas nuls, et je cherche la cause de la nullité :

a) *Adipose du cœur* : On sait de longue date que l'iode, à de fortes doses prolongées, atrophie certains tissus et certaines glandes ou, plutôt, réduit leur volume en agissant principalement sur le tissu conjonctif hyperplasié ou sur les éléments graisseux qui contribuent à la formation des dégénérescences. Le cœur n'échappe pas à cette loi de réduction ; s'il y a adipose vraie, on peut concevoir des chances de guérison.

b) *Dégénérescence fibro-graisseuse ; sclérose* : S'il y a une dégénérescence graisseuse ou fibro-graisseuse et surtout une sclérose vraie, il n'y a plus d'espoir de réduction de ces tissus transformés. Mais les fibres musculaires du myocarde qui sont restées intactes, se trouvent thérapeutiquement surélevées dans leur circulation ou irrigation, par conséquent, dans leur fonctionnement. C'est là une indication précieuse irréfutable de l'iodure dans toutes les dégénérescences.

c) *Dilatation du ventricule gauche. Cœur forcé* : Supposons maintenant qu'au lieu de la dégénérescence, le cœur ait subi une dilatation atonique ou un surmenage qui l'ait conduit au cœur forcé (asystolie, weakened heart), les résultats de l'ioduration pourront encore être considérés comme favorables en ce sens qu'elle relève les tissus affaiblis ou distendus du cœur.

d) *Hypertrophie ventriculaire gauche* : Il n'en est pas de même dans l'hypertrophie ventriculaire gauche ; quelle qu'en soit l'origine, qu'il s'agisse d'une hypertrophie par lésion de l'aorte ou par une artério-sclérose générale, ou par une lésion atrophique des reins, l'hypertrophie est compensatrice jusqu'à un certain moment et repose sur un fond musculaire auquel il n'y a rien à ajouter ni à retrancher. C'est tout au plus si l'iodure, en cas de conservation du muscle cardiaque ou d'hy-

perplasie de ses fibres musculaires, est capable de communiquer à ce muscle une circulation musculaire, c'est-à-dire une circulation coronaire plus active ; il ne saurait être nuisible, car il ne réduit pas les fibres musculaires.

e) *Sclérose coronaire. Angine de poitrine* : Si la sclérose cardiaque résiste à l'iode, il en est de même, à plus forte raison, de la sclérose des vaisseaux qu'il est impossible, quoi qu'on en ait dit, de faire revenir à l'état normal ; l'artério-sclérose ne guérit pas ; il en est de même de la sclérose coronaire, c'est-à-dire de la lésion caractéristique de l'angor pectoris. Cependant l'iode, comme l'a dit Huchard, qui partait d'une idée fausse sur la curabilité de l'artério-sclérose, présente une utilité, et voici comment : Chaque fois qu'il y a sclérose coronaire, le cœur est dégénéré, anémié par suite de l'oblitération plus ou moins complète d'une ou des deux artères coronaires, comme je l'ai démontré en 1879 dans mon Traité des maladies du cœur. Or, l'iodure de potassium anime la circulation coronaire et revivifie, sinon la texture, certainement le fonctionnement de ce cœur ischémique ou dégénéré. Ici, comme dans tout le système artério-capillaire, il s'établit une hypérémie artérielle et, comme j'en ai maintenant la preuve expérimentale, une vaso-dilatation dans les coronaires restées saines et libres ; le bienfait est indubitable.

On voit que toutes ces données rentrent dans la doctrine de la vaso-dilatation, avec renforcement des fibres myocardiques et de leur fonctionnement. C'est là le fait vrai, et concordant avec la physiologie, sans qu'il soit possible d'invoquer une action quelconque sur la texture des artères athéromateuses ou scléreuses, et de créer un médicament artériel dans le sens d'un dénutritif artériel.

Voilà les résultats de ce qu'on vient dédaigneusement d'appeler la clinique de laboratoire ; ce nom n'est pas fait pour me déplaire, surtout quand il s'agit de la thérapeutique si délicate du cœur.

f) *Cardiacalgies.* — Dans les fausses angines de poitrine, c'est-à-dire dans les cardiacalgies, où le cœur est plus souvent troublé que dans l'angine vraie, où la respiration est constamment polypnéique, où la douleur est aussi constante que violente, où, enfin, il y a parfois des aura vaso-motrices (fausse angine vaso-motrice), l'iodure de potassium présente des avantages incontestables, si on le combine surtout avec l'antipyrine injectée, ou bien avec la respiration de pyridine.

g) *Arythmies organiques ou nerveuses* : Les arythmies, les intermittences vraies ou fausses du cœur, les irrégularités du cœur et du pouls sont également tributaires de l'iodure, mais dans une certaine mesure seulement. Ce qui est remarquable, c'est sa grande utilité dans les arythmies de la vieillesse, qui se relient ordinairement à des dégénérescences partielles du système musculaire cardiaque. L'iodure, en agissant sur les muscles restés sains, triomphe ordinairement de l'impuissance des muscles dégénérés. Il n'en est pas de même dans les arythmies d'origine purement nerveuse qui dépendent d'un trouble dans les fonctions des nerfs vagues.

h) *Les troubles fonctionnels des nerfs vagues, les palpitations, la tachycardie, la maladie de Basedow,* qui ont toutes pour point de départ la paralysie des nerfs inhibitoires, ne sauraient profiter de l'action des iodures, car l'iode et ses composés n'agissent pas sur les nerfs vagues ; la section de ces nerfs ne modifie en rien l'effet vaso-dilatateur de ces médicaments.

Ainsi, que le cœur soit accéléré ou agité ou tachycardique, l'emploi des iodures est au moins inutile et, dans la maladie de Basedow, comme le centre vaso-moteur est lui-même compromis, paralysé, comme il existo déjà une vaso-dilatation morbide, avec des congestions multiples, les iodures ne feraient qu'aggraver le mal, j'insiste sur ce point ; la clinique m'avait démontré depuis longtemps les désavantages de cette médication dans le goître exophtalmique ; la physiologie m'en fournit une nouvelle preuve.

S'agit-il du cœur ralenti, c'est-à-dire du centre vague excité, il semble que l'iodure trouve son application inéluctable, en paralysant le centre ou le nerf inhibitoire. Mais n'oublions pas que la cœur ralenti ou bradycardique est presque toujours sous l'influence d'une lésion locale cardiaque ou d'une lésion locale du bulbe ; dans ces cas, l'iode ne peut plus rien, et la maladie persiste jusqu'au moment inévitable où elle entraîne des convulsions générales et presque toujours la mort.

I) *Anévrysmes de l'aorte* : C'est dans le traitement des anévrymes de l'aorte qu'est le triomphe de l'iodure do potassium ; après bien d'autres observateurs, nous l'avons préconisé dans notre communication du 14 août 1888 à l'Académie ; la question ne se discute plus. L'ioduration anévrysmatique est partie d'une idée fausse, la coagulation du sang dans la poche anévrysmale ; elle a abouti empiriquement à un des beaux résultats de l'iodothérapie.

C'est ici surtout qu'il faut repousser de la manière la plus absolue l'usage de l'iodure de sodium, dont un chimiste de Montpellier vient de de dire : Ce sel a un titre très faible, 80 ou 85 0/0 au lieu de 95 0/0, qui est nécessaire pour produire des effets ; ce sel étant, d'ailleurs, très hygrométrique, instable et d'une préparation difficile, mieux vaut renoncer à son emploi, qui n'est pas justifié au point de vue pharmacologique, et j'ajoute, à plus forte raison, au point de vue thérapeutique et expérimental. Ce n'est là qu'une moitié de médicament. Dans les indications urgentes, comme celles du cœur non compensé, ou graves, comme celles de la syphilis des organes, il est absolument redoutable par sa nullité.

Résumé. — Le vrai médicament du cœur, c'est l'iodure de potassium. Loin d'être un dépresseur, comme on l'a soutenu, il s'applique surtout aux lésions mitrales ou myocardiques non compensées, et avec débilité cardiaque. Il relève tout d'abord l'énergie du cœur et la pression vasculaire. Puis, en dilatant plus tard toutes les artérioles, il y facilite l'abord du sang, de sorte que le cœur se trouve délivré de ses résistances et recouvre sa puissance contractile. Enfin, par la vaso-dilatation qui s'étend naturellement aux artères coronaires ou nourricières du cœur lui-même, l'iodure lui rend un nouveau service en activant le mouvement du sang, ainsi que la nutrition intime dans l'organe central de la circulation qui domine la vie.

REVUE CHIRURGICALE

Anesthésie chloroformique. Ses modifications. Ses accidents. Moyens d'y remédier.

Le chloroforme est et restera longtemps encore, croyons-nous, le principal et le plus bel agent pour obtenir l'anesthésie pendant les opérations chirurgicales. Cependant son administration n'est pas exempte de certains dangers, et la réaction des divers sujets sous l'action de cette substance est encore assez variable. On est gêné par les quintes de toux, la sputation, une salivation parfois abondante, les sécrétions de mucosités pharyngo-laryngées, les nausées et les vomissements. D'autres fois on a à combattre une période d'excitation anormale par sa durée et son intensité; enfin, et c'est ce qu'il y a de plus terrible, on peut être surpris par une syncope banale, un arrêt imprévu des battements du cœur qui peut entraîner la mort du patient. Les premiers accidents peuvent tenir à des dispositions inhérentes aux sujets, bronchite chronique, pharyngite granuleuse, alcoolisme ; la syncope ne peut au contraire être prévenue même par celui qui ausculte le cœur du chloroformé le plus attentivement du monde. Aussi, comme le faisait encore récemment remarquer Perrin (1), le public, en présence d'un accident de cette nature, a bientôt fait d'accuser le chirurgien, et de chercher à se faire des rentes à l'occasion d'un accident dont il n'est nullement responsable, surtout aujourd'hui que l'on manie le chloroforme avec grande prudence et que l'on n'emploie pas inconsidérément des quantités considérables de cette substance en une seule fois.

Aussi les chirurgiens cherchent-ils à se garer contre ces accidents légers ou graves, et, pour y parvenir, ils adoptent des modifications et des procédés qu'il est utile de faire connaître. Sédillot avait dit, il y a quarante ans, *le chloroforme pur, bien administré ne tue jamais*. C'est pourquoi, depuis que l'on a remarqué que ce liquide peut facilement s'altérer à l'air et à la lumière, on a adopté la prudente mesure de le conserver dans des flacons bien bouchés, complètement pleins, de petite dimension et colorés en bleu ou en jaune foncé. Il est élémentaire de rappeler ici que, pour l'anesthésie chirurgicale, on doit toujours se servir de chloroforme rectifié, absolument pur. Veut-on se mettre en garde contre les abus de quantité, rien n'est plus utile que de se servir pour l'anesthésie d'un petit flacon gradué qui permet de n'administrer qu'une quantité déterminée dans un temps voulu. Tous nos fabricants d'instruments possèdent aujourd'hui ces flacons.

D'autres ont étudié l'action de chloroformes modifiés d'une composition déterminée, et même ont abandonné l'usage de cet anesthésique pour revenir à l'éther.

C'est ainsi qu'à la 57e session de l'Association médicale britannique tenue à Leeds au mois d'août dernier, Mayo Robson a exposé sur ce sujet le résultat de 30 années d'expériences. Après avoir employé pendant quinze ans le chloroforme il l'a complètement remplacé par l'éther depuis quinze ans également. Il conseille d'administrer cette substance à l'aide des appareils d'Ormsby ou de Clover. Trois minutes suffisent, d'après lui, pour produire l'anesthésie sans lutte et sans toux. Il faut 15 grammes d'éther pour anesthésier un malade et on en dépense 28 grammes par quart d'heure pour maintenir l'insensibilité. Il a aussi remarqué que l'anesthésie dure plus longtemps que l'état de sommeil lui-même, à tel point que l'on peut suturer une plaie tandis que le malade est réveillé ; il comprend, répond, mais ne sent absolument rien (1).

(1) Académie de médecine, 16 juillet 1889.

M. le professeur Lefort (2) a étudié comparativement depuis deux ans les effets comparés du chloroforme et du *chlorure de méthylène*. Ce liquide, solution mixte de chloroforme et d'alcool méthylique, est absolument inaltérable à l'air et à la lumière ; on le connaît aussi en Angleterre sous le nom de *liquide de Spencer-Wells* qui l'emploie depuis un assez grand nombre d'années. M. Le Fort a employé le chlorure de méthylène dans 33 cas, le chloroforme dans 58 ; voici les résultats obtenus : nous les rangeons sous forme de tableau synoptique, ce qui les rend plus saisissants :

	Chlorure de méthylène.	Chlorof.
Durée de la période initiale	10 minutes	7 m.
— de l'anesthésie......	32 —	22 —
Agitation : légère..........	33 % des cas	37 %
— forte............	6 %	12 %
Vomissements : pendant l'opération..............	6 %	10 %
Vomissements : après l'opération..............	18 %	37 %

En résumé, M. le Fort admet que si l'*anesthésie* est un peu plus longue à obtenir avec le chlorure de méthylène qu'avec le chloroforme, on a une période d'agitation moindre, moins de vomissements pendant et après l'opération et une insensibilité durant plus longtemps. Dans toutes ses expériences il s'est servi de l'appareil à inhalation de Junker.

De son côté, M. Polaillon (3), chirurgien de l'hôpital de la Pitié, a commencé une série d'expériences avec le chloroforme méthylique préparé par M. Regnauld. Ce dernier a cru pouvoir établir que le chlorure de méthylène était un mélange de quatre volumes de chloroforme et d'un volume d'alcool méthylique. M. Polaillon a employé ce mélange de M. Regnauld chez 17 femmes et 10 hommes. Voici le résultat de ces expériences. Il a remarqué une différence suivant le sexe des sujets. Chez les femmes l'insensibilité complète a été obtenue 15 fois après un temps variant de 7 à 25 minutes. Le sommeil produit est plus léger qu'avec le chloroforme ordinaire, il a pu être prolongé dans certains cas 48, 52 et 55 minutes. Une fois il y a eu des vomissements pendant le sommeil, cinq fois au moment du réveil ; cependant, le malaise consécutif est beaucoup moins pénible.

Les hommes résistent beaucoup plus à l'action du liquide de Regnauld, quelques sujets se sont montrés absolument rebelles ; chez les autres, le sommeil, plus long à obtenir, était paisible et régulier une fois obtenu.

M. Polaillon, tout en reconnaissant la lenteur d'action du chloroforme méthylique, pense qu'il doit causer moins d'accidents que le chloroforme

(1) *Semaine médicale*, 1889, n° 36.
(2) Académie de médecine, 16 juillet 1889.
(3) Académie de médecine, 25 juin 1889.

ordinaire et il admet son identité avec le liquide de Sir Spencer Wells.

M. Le Fort pense, au contraire, et les résultats qu'il a obtenus en font foi, qu'il n'y a pas identité absolu dans l'action physiologique des deux liquides ; il a, lui aussi, essayé cinq fois le liquide de Regnauld ; une fois il n'a pas réussi à endormir son malade ; une autre fois il a dû cesser en présence d'accidents inquiétants.

En résumé, de la comparaison que l'on peut faire aujourd'hui de l'action des deux substances, on peut retenir que le liquide de Sir Spencer Wells, *bichlorure de méthylène anglais*, donne de meilleurs résultats que le chloroforme méthylique de Regnauld.

Suivant un autre ordre d'idées, des chirurgiens ont cherché à faciliter l'action du chloroforme et à la modifier à l'aide de substances adjuvantes administrées à l'intérieur un temps variable avant l'administration du chloroforme.

M. le professeur Trélat, il y a un certain nombre d'années, chez certains malades nerveux et impressionnables, conseilla l'administration du chloral et de la morphine. Un de ses élèves, le Dr Choquet, fit de cette méthode l'objet de sa thèse inaugurale. Pour un adulte, voici la dose employée: *Hydrate de chloral 4 grammes, sirop de morphine* 3 *grammes*, à prendre en deux fois, moitié une demi-heure, moitié un quart d'heure avant l'inhalation chloroformique. Nous avons plusieurs fois encore employé cette méthode alors que nous avions l'honneur d'être attaché au service du Prof. Trélat. Les sujets arrivaient sur la table d'opération dans un état de somnolence parfois un peu agitée, et il fallait une dose peu considérable de chloroforme pour obtenir l'anesthésie. M. Trélat nous a appris, à la séance de l'Académie du 16 juillet, qu'il avait renoncé à cette pratique à cause de l'état de prostration considérable où restaient les malades après les opérations. Cependant, il n'a jamais eu d'accidents.

Perrin avait aussi adopté une pratique analogue dont il conseilla l'étude à un de ses élèves, le Dr Forné ; elle consistait à administrer, une heure avant les inhalations, une dose de quatre grammes d'hydrate de chloral. Il employait ensuite une quantité de chloroforme beaucoup moindre et les suites de l'anesthésie lui avaient paru beaucoup plus simples.

Tous ces procédés ont eu quelque chose d'empirique et ne semblent pas avoir été expérimentés scientifiquement d'une façon suffisante.

Au contraire, M. le Professeur Dastre (1) a fait récemment à la Faculté des sciences une leçon, basée sur des expériences nombreuses sur les animaux et ensuite sur l'homme, leçon d'où il résulte que l'action combinée de l'atropine et de la morphine semble être la meilleure méthode pour prévenir les accidents chloroformiques. L'exposé succinct de cette leçon magistrale peut être de la plus grande utilité pour les praticiens. Le savant professeur fait d'abord observer que les chloroformes prétendus impurs sont plus rares qu'on ne le croit, et dans deux cas il a examiné des échantillons auxquels on avait reproché des accidents mortels sans trouver une composition différente du chloroforme normal.

Il passe ensuite en revue les diverses classifications des accidents du chloroforme et réforme certaines données physiologiques autrefois admises et manifestement contredites par des expériences plus rigoureuses.

On admet que cinq modes d'accidents peuvent se montrer durant l'administration du chloroforme. Ce sont :

1° La syncope respiratoire primitive.

2° La syncope respiratoire secondaire ou bulbaire.

3° La syncope cardiaque primitive.

4° La syncope cardiaque secondaire.

5° L'apnée toxique, ou syncope respiratoire parésique.

Beaucoup d'observateurs n'ont pas résolu la question de savoir si la syncope cardiaque primitive ou secondaire peut précéder l'arrêt respiratoire.

Or la physiologie et la clinique démontrent que. 1° Le danger réel de la chloroformisation vient du cœur et non pas de la respiration. C'est contre l'arrêt du cœur que l'on est sans ressources, tandis que la respiration artificielle remédie habituellement à l'insuffisance respiratoire.

2° Contrairement à l'opinion communément admise, les quatre accidents principaux sus-énoncés, l'arrêt du cœur spécialement, sont dus à des phénomènes d'excitation et non de paralysie.

En effet : 1° La syncope respiratoire primitive, du début que l'on peut appeler *laryngo-réflexe*, produite par l'excitation des nerfs sensitifs des premières voies respiratoires (nerfs trijumeaux, nerfs laryngés) est supprimée chez les malades trachéotomisés quand on fait arriver les vapeurs chloroformiques au-dessous du larynx.

2° La syncope respiratoire secondaire, est produite par l'excitation directe du centre bulbaire par les vapeurs toxiques. Elle se produit en effet pendant la période d'excitation, elle peut retentir sur le cœur et produire son arrêt mortel ; la section des pneumogastriques chez l'animal asphyxiant arrête les accidents.

3° La syncope cardiaque primitive est, de même que la respiration, le produit possible de l'excitation des nerfs périphériques par les premières inhalations. Elle se produit surtout quand l'opération attaque les tissus sensibles avant l'anesthésie complète, pendant la période d'excitation.

4° La syncope cardiaque secondaire ou bulbaire est aussi un accident de retentissement direct des vapeurs sur le bulbe.

En résumé donc : tous les arrêts du cœur primitifs ou consécutifs, réflexes ou automatiques, sont dus à l'action du pneumogastrique. De cette façon :

a) La suppression ou la diminution de l'action du pneumogastrrque doit permettre d'éviter les accidents syncopaux.

b) L'économie du chloroforme doit éloigner tout danger d'apnée toxique.

Or la méthode d'anesthésie mixte *atropine-morphine chloroforme* permet de remplir ces deux conditions.

L'atropine en effet détruit l'excitabilité des filets cardiaques, du nerf vague et de leur noyau bulbaire ; mais comme à son tour elle peut produire des phénomènes d'excitation excessifs, il convient de lui associer son antidote qui est la morphine.

L'efficacité de la méthode est démontrée par deux ordres de faits : d'abord par des expériences

(1) Les accidents du chloroforme, leur théorie, leur remède. *Faculté des Sciences de Paris*, in *Semaine Médicale*, 1885, n° 67.

nombreuses sur les animaux. Le chien est, on le sait, le meilleur réactif, vu qu'il est très sensible à l'action du chloroforme. Ordinairement on perd un chien sur trois chloroformisés.

Or en appliquant la méthode mixte, depuis une dizaine d'années, M. Dastre, à Paris, M. Morat, à Lyon, n'ont perdu aucun animal et ils dépensent 20 à 30 fois moins de chloroforme qu'il n'en fallait autrefois. Dix minutes avant l'inhalation, on pratique une injection sous-cutanée de un demi-centimètre cube par kilog. du poids de l'animal de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine....	2 centigr.
Sulfate d'atropine.............	2 milligr.
Eau distillée..................	1 gramme.

L'inhalation de 2 à 3 grammes de chloroforme suffit ensuite pour une anesthésie parfaite de deux heures de durée.

D'autre part, un certain nombre de chirurgiens de Lyon ont appliqué la méthode à l'anesthésie humaine. M. Aubert a été le premier à l'employer ; son exemple a été suivi par les professeurs Gayet et Léon Tripier ; les résultats de leur pratique ont été exposés à la Société de biologie dès 1883 et en 1887, sur plusieurs milliers de cas, ils n'avaient jamais eu un seul accident. Voici la formule employée: Injection, quinze à trente minutes avant l'opération, de 1 centimètre cube 1/2 de la solution suivante:

Chlorhydrate de morphine......	10 centig.
Sulfate d'atropine...............	5 millig.
Eau distillée.....................	10 grammes

Le procédé supprime l'agitation du début, les mouvements de déglutition et de sputation, le tremblement général que l'on observe quelquefois dans l'inhalation chloroformique. On a reproché à la morphine d'exagérer le danger des syncopes cardiaques et respiratoires, de produire un état de stupeur dangereuse pour certains sujet en état de choc traumatique, d'accroître les effets nauséeux et les vomissements de la chloroformisation. Mais, justement, l'association de l'atropine à la morphine, comme le fait a été reconnu d'ailleurs par Claude Bernard, Brown-Séquard, Ortille (de Lille) supprime complétement l'effet nauséeux et les vomissements,et comme,d'autre part, l'atropine agit comme modérateur de l'excitation pneumogastrique et bulbaire, tous les effets favorables sont obtenus. D'autre part, l'économie considérable du chloroforme écarte tout danger d'intoxication vraie. De plus, on n'a pas à craindre les effets toxiques des deux substances adjuvantes, puisque pour un homme adulte la dose utile est très minime : 1 centigr. 1/2 de morphine, et 7 dixièmes de milligramme d'atropine.

On est frappé, en outre, du calme du malade, c'est pour ainsi dire une anesthésie silencieuse ; le calme se maintient d'habitude chez le sujet après l'opération pendant une certaine période, mais c'est un véritable repos calme et réparateur.

Cependant, il faut naturellement toujours être en garde contre des accidents respiratoires possibles, bien plus rares d'ailleurs avec cette méthode. Ces légères menaces cèdent toujours à quelques mouvements de respiration artificielle par pressions thoraciques, ou élévation rythmée du bras.

A ce propos, rappelons, en terminant, un procédé très simple qui a été exposé par le Dr Michou dans une des récentes séances de l'Académie (1). Il consiste à projeter sur la région cervicale un jet d'eau froide. L'action puissante exercée par cette projection sur les extrémités sensitives au voisinage du nœud vital semble avoir une très grande puissance sur les centres respiratoires.

Du cathétérisme des uretères

Dans une des récentes séances de l'Académie des sciences, M. le professeur agrégé *Poirier* a lu une intéressante communication, que l'on peut considérer comme le dernier mot des recherches que les chirurgiens font depuis plusieurs années, en divers pays, pour arriver à cathétériser isolément les uretères sur le vivant, homme ou femme. La chirurgie moderne a étendu son domaine du côté de l'appareil rénal ; mais dans un grand nombre de cas, le diagnostic peut être obscur et la détermination que l'on prend d'enlever un rein, ne peut être logique que si l'on est absolument certain que le rein opposé est intact. Le moyen le plus rigoureux, dans les cas douteux, est l'examen de la fonction rénale par son produit de sécrétion ; pour l'effectuer, il faut pouvoir recueillir et analyser séparément les produits de sécrétion de chaque rein.

De nombreux essais ont été faits pour obtenir ce résultat, compression alternative des uretères, fistules uretérales même, etc. Dans ces derniers temps nous avons assisté aux recherches du Dr Poirier et il était arrivé à recueillir chez la femme le produit de sécrétion de chaque uretère au moyen de collecteurs spéciaux.

D'autre part, grâce au perfectionnement apporté par l'électricité à l'éclairage des cavités viscérales, on a pu aussi inspecter l'intérieur de la vessie, reconnaître des tumeurs à sa surface interne. M. Poirier a eu le mérite d'utiliser cette méthode d'éclairage, et à l'aide du cystoscope il éclaire l'intérieur de la cavité, reconnaît l'orifice uretéral, puis, glissant dans un conduit spécial qu'il a fait adapter au cystoscope, une sonde construite également ad hoc, il pénètre dans l'orifice uretéral assez facilement.

Il faut, pour que l'opération puisse se faire avec sûreté, que le contenu de la vessie soit limpide, aussi il est bon de laver ce réservoir et d'y injecter une certaine quantité d'eau boriquée avant d'introduire le cystoscope.

M. Poirier a pu pratiquer deux fois l'opération sur le vivant et recueillir ainsi isolément le produit de sécrétion des reins. Il fait aussi remarquer que sa sonde, en dilatant l'extrémité terminale de l'uretère, peut faciliter le passage, dans la vessie, des calculs qui se trouveraient retenus dans le canal d'excrétion du rein.

De la phlébite variqueuse.

Dans une intéressante revue, M. le Dr *Broca* (1) attire de nouveau l'attention sur l'inflammation des veines variqueuses. Bien que ce sujet semble banal et très connu au premier abord, il nous fait observer plusieurs points intéressants et dignes de fixer l'attention du praticien. Signalée par Hévin, Ribes, Thiébaud et Lafage, elle fut étudiée au milieu de ce siècle, dans la thèse de Jousseaume en 1852. Nivert l'observa ensuite chez la femme

(1) Académie de médecine, 30 juillet 1889.
(2) In *Revue de Chirurgie*. Août et septembre 1889.

en couches, Verneuil, en 1876, en parlait aussi à propos des complications de certaines formes de coup de fouet. Marz, dans sa thèse de 1880 et plus près de nous Maydieu, Schwartz en ont encore étudié la nosographie.

Les varices ne doivent plus être considérées comme une simple dilatation des veines ; l'anatomie pathologique a en effet montré qu'elles sont caractérisées par une altération inflammatoire de la tunique moyenne de ces vaisseaux, *mésophlébite* ; aussi est-il facile de comprendre que cet état constitue une cause prédisposante permanente à la phlébite totale. Que l'inflammation altère lentement la tunique interne, la circulation sera ralentie et la coagulation du sang pourra se produire, faisant éclater les signes apparents de la phlébite.

De nombreuses causes peuvent déterminer l'apparition du processus phlébitique dans les réseaux veineux atteints de varices. La fatigue, les contractions musculaires répétées, une contusion par cause extérieure, quelquefois la compression d'une tumeur de voisinage, telles sont les causes les plus banales ; il faut y joindre les érosions de la peau et la malpropreté. Ces lésions, suite ordinaire de la fatigue, produisent beaucoup plus souvent qu'on ne le pense des lymphangites plus ou moins étendues, et l'inflammation traumatoseptique se propage aux veines déjà variqueuses. Cette pathogénie rend compte de la coïncidence assez fréquente de la lymphangite et des phlébites variqueuses observées sur des sujets surmenés, présentant des écorchures aux pieds et aux jambes, parties tenues dans un état de propreté douteuse. Elle indique également que l'on doit conseiller aux variqueux de surveiller attentivement l'hygiène de leurs téguments s'ils veulent éviter des complications qui peuvent devenir graves.

Broca attire l'attention sur un ordre de causes mal connu jusqu'ici, mais qui explique un certain nombre de cas. Des maladies générales infectieuses, la pneumonie, l'embarras gastrique fébrile, le rhumatisme, l'infection urinaire, l'état puerpéral peuvent se compliquer de phlébite variqueuse. L'inflammation veineuse est alors produite par les éléments d'infection qui altèrent le sang, et ce milieu agit à son tour comme élément phlogogène sur les vaisseaux prédisposés.

Tels sont les points les plus intéressants du mémoire que nous étudions. La symptomatologie ne nous apprend rien de bien nouveau. L'auteur étudie séparément à cause de leurs modes cliniques différents la *phlébite des varices serpentines* non suppurante et suppurante. Différents aussi sont les signes de ces affections, suivant que les varices malades sont *superficielles* ou *profondes*. Différente aussi est la gravité de la suppuration suivant cette situation : abcès superficiels quelquefois multiples et en chapelets, abcès profonds et parfois vastes, phlegmons variqueux très graves chez les surmenés, les diabétiques, tous les diathésiques épuisés en un mot.

Le second type est la phlébite des *varices ampullaires* qui peuvent aussi être superficielles (plus fréquentes) ou profondes. Deux terminaisons rares de ces lésions méritent d'attirer l'attention du médecin ; quelquefois à la suite de l'ouverture de ces abcès superficiels, on voit persister des fistules veineuses dont l'infection toujours possible en l'absence de précautions peut causer des accidents extrêmement graves.

Dans d'autres cas l'inflammation favorisée par les troubles trophiques des tissus ambiants se termine par *ulcération*. Ces *ulcères phlébitiques* sont ou allongés en forme de gouttière ou arrondis, taillés à pic, entourés de tissus lardacés, à fond sanieux recouvert au début par un détritus jaunâtre gangréneux. Dans ces cas le diagnostic est parfois difficile à faire avec les ulcères syphilitiques tertiaires.

Dr BARETTE.

MÉDECINE PRATIQUE

Quelques réflexions sur la pneumonie.

Analyse d'un fait clinique. — Le froid et la pneumonie. — Influence des propathies sur l'évolution. — Pneumonies à reprises et fièvre intermittente pneumonique. — Questions de thérapeutique.

I

Les faits cliniques minutieusement observés sont toujours instructifs, même quand ils sont relatifs à des maladies réputées bien connues dans leur évolution. A ce titre, il me semble que l'observation suivante n'est pas dénuée d'intérêt, car elle permet de mettre en lumière certains problèmes concernant la pathologie, l'étiologie et la thérapeutique de la pneumonie.

Un Brésilien de 55 ans vient à Paris, à l'occasion de l'Exposition, en partie pour traiter de grandes affaires industrielles, en partie pour consulter les célébrités médicales parisiennes au sujet de sa santé qui est fort ébranlée.

M. le professeur Charcot constate chez lui un impaludisme invétéré contracté sur les bords de l'Amazone ; l'infection malarique se traduit presque tous les mois par un accès fébrile accompagné d'une congestion hépatique. Un état de neurasthénie très accentué et une débilitation progressive des forces sont attribuables non seulement à la cachexie malarique, mais à une grande dilatation de l'estomac et à une tuméfaction chronique du foie constatées par M. le professeur Bouchard. Le clapotage gastrique est perceptible à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la matité hépatique descend à 4 travers de doigt au-dessous du rebord costal ; la rate, malgré l'impaludisme, est peu augmentée de volume. L'amaigrissement est extrême, le teint terreux ; le cœur, sans aucune lésion des orifices, est souvent troublé dans le rythme de ses battements à l'occasion des digestions.

Sous l'influence du régime institué par les deux maîtres éminents consultés par lui, le malade se trouva assez rapidement amélioré pour se livrer avec ardeur à la conclusion d'affaires industrielles importantes. Il se rendit notamment un soir dans une ville du Nord de la France pour visiter une usine ; le temps était froid et humide. En sortant d'un atelier chauffé, il éprouva une sensation subite et très intense de refroidissement.

Deux heures après il avait un coryza violent, du larmoiement et de la toux laryngo-trachéale ; il revint aussitôt à Paris avec le malaise que donne le commencement d'un fort *rhume*. Ce rhume débutait un dimanche et se continuait sans incident notable, sinon une anorexie absolue, jusqu'au mardi.

Ce jour-là un *frisson violent* éclatait, — 40° de

température axillaire, — suivi d'un stade de *sueurs profuses*. Le malade accuse une sensation douloureuse à la palpation de son foie tuméfié. Le médecin brésilien, qui l'avait soigné dans de précédents accès de fièvre intermittente, et l'avait accompagné en France, ne constate pas de différence entre cet accès et les autres. La quinine est donnée. M. Charcot, qui voit le malade le lendemain, le trouve apyrétique, à 37°, et accepte aussi le diagnostic d'accès palustre.

La toux était devenue plus rare et le malade n'éprouvait pas d'autre malaise que de la fatigue et du dégoût pour les aliments ; mais le soir du mercredi la tempéture s'élevait de nouveau, sans dépasser 39° ; l'insomnie était complète. La fièvre continuait sans interruption pendant les journées du jeudi et du vendredi oscillant entre 38°5 et 39°, sans autres symptômes que l'endolorissement hépatique, une toux très rare suivie une fois seulement de l'expectoration d'*un crachat visqueux et sanguinolent*. La médication consista en une dose de calomel et d'huile de ricin, qui fut suivie de nombreuses garde-robes bilieuses.

C'est le vendredi soir que je fus appelé près du malade et mis au courant des incidents du début. Je constatai une langue sale et sèche, une sensibilité peu marquée du foie toujours aussi gros, une rate normale, une température de 38°5, un pouls régulier à 100 et une respiration absolument normale comme fréquence et comme rythme. Je n'entendis le malade tousser qu'une petite fois ; après quoi il expectora un tout petit crachat visqueux, rougeâtre, mais moins coloré, me dit-on, que celui qui avait été constaté la veille. La percussion et l'auscultation la plus attentive ne faisaient pas trouver autre chose qu'une diminution de la sonorité à la percussion et du murmure respiratoire à la base du poumon droit, sans aucun râle, et, comme le foie remontait évidemment haut dans le thorax, ces nuances stéthoscopiques n'avaient guère d'autre signification que l'existence d'une congestion de la base du poumon droit. Les urines étaient rares, foncées, et légèrement albumineuses. Les garde-robes étaient assez fréquentes, diarrhéiques et très fétides. J'instituai l'antisepsie intestinale avec le naphtol et le salicylate de bismuth. La quinine fut continuée sous forme d'injections hypodermiques de chlorhydrate pour ménager les voies digestives.

La température atteignit cependant 40° la nuit, et un délire assez intense apparut.

Le cinquième jour la langue était plus sèche. On voyait une irrégularité très grande du pouls devenu très petit, plutôt lent (80), avec des intermittences fréquentes du cœur sans souffle, et même des pauses cardiaques d'une durée inquiétante. La température était entre 38° et 38°5. Il n'y avait aucune précipitation des mouvements respiratoires, *aucune dyspnée*. Le malade ne crachait pas et ne toussait pas plus de deux fois dans la journée. Aucun phénomène stéthoscopique nouveau du côté des poumons.

Le *collapsus cardiaque*, quelle qu'en fût la cause, était menaçant. On commença à pratiquer des injections hypodermiques de caféine de 0 gr. 20 centigr. toutes les heures, et deux fois dans la journée des injections de quinine. Le pouls redevint bientôt plus fort, moins irrégulier ; le nombre des pulsations s'éleva à 90, puis 100, tandis que la température s'était abaissée à 37°5.

Pour la deuxième fois depuis le début de la maladie, le malade était en apyrexie et y resta quelques heures.

Cependant, c'est alors qu'apparurent pour la première fois les signes stéthoscopiques que nous avions chaque jour cherchés ; dans la fosse sous-épineuse droite une diminution de la sonorité puis de la matité du souffle bronchique, d'abord lointain, puis de plus en plus fort ; le retentissement bronchophonique de la voix et dans le sommet du creux axillaire du même côté une bouffée de râles crépitants.

Il continuait à n'y avoir ni dyspnée, ni point de côté, ni modification notable du rhythme respiratoire ; ce qui n'empêcha pas les signes physiques de la pneumonie de s'accentuer rapidement. Le soir le poumon droit était mat et soufflant dans toute sa hauteur, sans aucun râle. La température remontait à 39°8. La dyspnée était nulle, la toux presque insignifiante, un seul crachat plutôt gommeux que visqueux, et plutôt jaunâtre que rougeâtre, fut expectoré.

Le professeur Bouchard, appelé à ce moment, constata la pneumonie et approuva le traitement suivi jusque là. Outre la quinine et la caféine, on insista sur l'emploi de l'alcool, du café, du maté, l'alimentation liquide et des boissons abondantes. Au point de vue du pronostic, il fit toutes réserves naturellement, mais considéra que l'intégrité absolue du poumon gauche, l'absence de dyspnée, l'amélioration relative de la contractilité cardiaque sous l'influence de la caféine n'interdisaient pas d'espérer que le malade pût gagner sans accident l'heure de la résolution de la pneumonie.

Les jours suivants, l'évolution locale se montra en effet sous un jour favorable. Des râles de retour furent entendus d'abord à la partie inférieure du poumon droit, fins dans la zone axillaire, la moitié supérieure seule restant soufflante. La dyspnée était toujours nulle, la toux plus fréquente, mais grasse, l'expectoration un peu plus abondante, mais facile.

Par contre, l'état général restait grave: au délire et à l'agitation avaient succédé la prostration et une tendance aux lipothymies ; cette adynamie, la sécheresse de la langue, la température oscillant entre 39°5 et 40°, constituaient de mauvais symptômes, auxquels on pouvait opposer, il est vrai, le pouls redevenu régulier et assez fort, battant 100 à 110, l'abondance des urines qui avaient cessé d'être albumineuses.

M. le professeur Charcot assista dès lors aux consultations.

Un symptôme nouveau s'était montré, d'abord rare, puis plus fréquent, le *hoquet*, dont l'interprétation n'est pas toujours aisée. L'absence de douleur à la pression sur le trajet des phréniques et les insertions du diaphragme, l'intégrité du péricarde écartaient l'idée de complications telles que la pleurite diaphragmatique et la péricardite. Les ulcérations intestinales ne sont pas rares dans la pneumonie ; chez notre malade la persistance d'une diarrhée devenue inodore grâce à l'antisepsie intestinale permettait de penser qu'il en pouvait exister et on sait que le hoquet est souvent le résultat d'un réflexe parti de l'intestin ou de l'estomac ; or cet organe était continuellement plein de liquide et forcément un peu distendu, bien que le météorisme fût aussi presque nul, grâce à l'antisepsie intestinale.

L'opinion de nos maîtres fut que, malgré l'adynamie et le hoquet, on pouvait encore espérer la défervescence. On était au soir du neuvième jour.

Le matin du dixième on put même concevoir un peu plus d'espoir : la température était tombée à 38° 5. Ce n'était pas la défervescence classique brusque ; mais ce pouvait être une descente par lysis qui ne devait pas trop surprendre, cette pneumonie ayant évolué si singulièrement. La respiration s'entendait de nouveau à la base du poumon droit avec son timbre à peu près normal, les râles crépitants de retour et les gros râles bullaires qui leur avaient succédé avaient disparu ; il restait encore du souffle, mais très adouci comme timbre, vers le sommet du poumon ; le hoquet n'existait plus ; la respiration continuait à être calme comme elle l'avait toujours été. La langue était toujours humide.

Mais cette amélioration relative était à peine constatée que la température s'éleva de nouveau, le pouls redevint fréquent (128) et moins régulier, l'urine plus rare et albumineuse, la langue se sécha de nouveau rapidement, le malade accusa de la douleur dans le côté droit ; un foyer de matité et de souffle et de râles fins reparut à la base de ce côté. *La respiration pour la première fois s'accéléra* et la dyspnée apparut. L'auscultation fit constater des râles de congestion à la base du poumon gauche jusque là indemne.

Il était évident qu'un nouveau foyer pneumonique s'était constitué et que le malade, qui avait pu à grand'peine, résister au premier assaut, allait cette fois succomber. La mort eut lieu en effet le lendemain matin par asphyxie graduelle et sans que le cœur eût présenté les troubles si profonds de son rythme qui nous avaient fait craindre la mort par syncope le cinquième jour.

Récapitulons maintenant les côtés de cette observation qui nous semblent dignes d'être commentés.

(*A suivre.*)

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Passage des officiers de réserve dans l'armée territoriale.

Comme conséquence de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée, le ministre de la guerre vient d'arrêter les dispositions suivantes :

Les officiers et assimilés de réserve qui devraient passer cette année dans l'armée territoriale, seront maintenus dans leur situation actuelle.

Ceux d'entre eux dont le passage dans l'armée territoriale aurait été déjà prononcé seront réintégrés dans le cadre des officiers de réserve.

Les officiers et assimilés de l'armée territoriale qui ont été rayés des cadres comme ayant accompli le temps de service imposé par la loi du 27 juillet 1872 et qui, par suite de leur âge, sont encore astreints aux obligations militaires en vertu de la loi du 15 juillet 1889, seront réintégrés dans leur ancien grade s'ils en font la demande.

Les officiers et assimilés de réserve et de l'armée territoriale maintenus dans leur grade, bien qu'ayant satisfait aux obligations de la loi du 27 juillet 1872, qui sont âgés de moins de 45 ans, et qui demanderaient à être rayés des cadres, devront donner leur démission. Ils seront alors tenus d'achever comme soldats, avec les hommes de la classe à laquelle ils appartiennent, le temps de service imposé par la nouvelle loi.

Un de nos correspondants fait le commentaire suivant :

Loi du 15 juillet 1889 concernant les assimilés officiers, médecins âgés de 40 à 45 ans. Dispositions arrêtées par le ministre de la guerre.

Monsieur,

D'après l'application de la nouvelle loi, nous voilà confinés jusqu'à l'âge de 45 ans dans le grade de médecin aide-major de 2e classe ; les médecins militaires sont étonnés de voir leurs confrères civils ainsi traités, parce que l'organisation du corps de santé territorial a été faite seulement en 1887, ce qui ne permet pas de régler uniformément l'avancement, chaque médecin gradé devant avoir au moins 6 ans de grade d'après la loi pour être proposé pour l'avancement. Les médecins n'ayant pas eu les avantages de l'ancienneté par défaut d'organisation du service de santé militaire, paient la faute du ministère qui a procédé trop tard à leur premier classement, alors qu'il était fait depuis 1876 pour la réserve de l'armée active. Une simple loi pourrait tout remettre en place et permettre aux directeurs du service de santé, bien disposés pour nous, de nous donner l'avancement auquel nous avons droit. Mais il faut une loi d'autorisation ; nos députés-médecins songeront-ils à cette régularisation de l'avancement militaire des médecins civils, telle est la question ? En attendant cette satisfaction, médecins territoriaux redevenus par votre démission soldats de 2e classe, restez soldats de 2e classe, et profitez de cette situation pour vous faire autoriser à passer dans les *ambulances des sociétés de secours aux blessés*. C'est plus digne. En outre, instruisez-vous sur les applications du service de santé en cas de mobilisation et mettez-vous à la hauteur de vos importantes fonctions.

Un démissionnaire aide-major de 2e classe à 40 ans.

La prescription annuale des honoraires n'est pas applicable aux dentistes.

Le juge de paix du 1er arrondissement de Paris a rendu, le vendredi 20 septembre, un jugement décidant que la prescription annale, édictée par l'article 2272 du Code civil, n'est pas applicable aux dentistes, parce que le premier venu peut, sans la justification d'un diplôme, prendre le titre de dentiste et pratiquer librement l'art dentaire où et quand il lui convient.

L'assimilation étant dès lors impossible entre les dentistes et les médecins, chirurgiens et apothicaires, et d'un autre côté, l'article 2272 étant formel et limitatif, il en résulte ce fait étrange que la prescription trentenaire protège les dentistes, tandis que les médecins sont atteints par la prescription annale. Mais comme la prescription est de droit étroit, et que la profession de dentiste n'est pas encore réglementée par la loi, le juge ne peut arbitrairement l'étendre d'un cas à un autre, quoique la profession de dentiste tienne de très près à la chirurgie.

Ajoutons que le plus piquant dans l'espèce, c'est que l'un des demandeurs est docteur en médecine, et que son action pour les soins qu'il a don-

niés en sa qualité de dentiste n'était pas prescrite, alors qu'elle n'aurait plus été recevable s'il avait agi en sa qualité de médecin.

(*Sem. méd.*)

Analyse bibliographique.

Traité élémentaire des maladies des voies urinaires par M. le Dr E. Desnos, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut. Avec une préface du professeur *F. Guyon*, figures dans le texte. On peut se procurer l'ouvrage chez *l'éditeur du Concours.*

Tous nos lecteurs apprécient hautement la collaboration que nous apporte depuis plusieurs années M. le Dr E. Desnos par ses articles pratiques et substantiels sur les maladies des voies urinaires. Aussi seront-ils fort satisfaits d'apprendre que notre collaborateur, un des très distingués élèves du professeur Guyon, vient de publier un Traité des maladies des voies urinaires.

Ce livre, dont nous saluons l'apparition, est avant tout pratique; l'un des objectifs principaux de l'auteur a été de résumer et de réunir sous une forme concise les travaux du professeur Guyon qui n'existaient que sous forme de monographies éparses ou faisaient l'objet de deux gros volumes de clinique que beaucoup de praticiens n'ont pas entre les mains. M. Desnos ne s'est pas borné, d'ailleurs, à exposer l'enseignement de son maître; les progrès de la chirurgie sont aujourd'hui trop nombreux et viennent de trop de côtés à la fois pour qu'il soit permis de négliger les autres travaux tant français qu'étrangers, qui traitent de ces matières: M. Desnos les a tous utilisés en y joignant le fruit de sa pratique personnelle.

L'ouvrage est, nous l'avons dit, essentiellement clinique; l'étiologie et l'anatomie pathologique y sont relativement peu développées et dans la mesure strictement nécessaire à l'intelligence des symptômes. C'est au diagnostic que l'auteur a accordé le plus de place et surtout au traitement. Il a su éviter un danger auquel s'exposent trop souvent les auteurs qui s'égarent dans des descriptions multiples et qui, mettant par exemple toutes les méthodes sur le même plan, laissent le lecteur dans un grand embarras. M. Desnos, rappelant ou résumant, d'une manière sommaire, les principaux modes de traitement applicables à chaque affection, ne consacre des développements étendus qu'à un ou à deux des procédés opératoires le plus en usage, ce qui lui permet d'entrer dans le détail et d'offrir un guide sûr pour l'exécution de ces opérations.

L'ouvrage est divisé en 5 parties. Les trois premières comprennent les maladies de l'urèthre, de la prostate et de la vessie ; on y trouvera résumés les progrès les plus récents qui ont transformé si complètement la pathologie de ces organes. Nous insisterons surtout sur la 4e partie qui a trait aux affections chirurgicales des reins et les uretères. La chirurgie de ces organes a fait en quelques années de si rapides progrès qu'elle est entrée dans la pratique dès aujourd'hui ; si elle paraît appelée à un avenir limité en ce qui concerne les néoplasmes, la tuberculose, il n'en est pas de même en face des pyélo-néphrites, de la lithiase, de l'hydronéphrose; toutes ces questions sont étudiées dans le livre de M. Desnos, les indications opératoires en sont précisées, ce qui lui donne un intérêt particulier d'actualité.

Enfin, une 5e partie est pour ainsi dire le résumé du livre; elle comprend les symptômes et accidents communs à diverses affections des voies urinaires, telles que l'hématurie, la rétention d'urine, l'intoxication urineuse, etc. ; partie essentiellement clinique où le lecteur est conduit au diagnostic par l'étude du symptôme et de ses modifications d'aspect suivant les différents cas.

Il ne faudrait pas chercher dans ce volume l'exposé des doctrines si nombreuses et si souvent stériles qui ont tour à tour été préconisées et abandonnées, l'auteur a volontairement et de parti-pris laissé de côté toute discussion théorique. Il a eu constamment en vue ce qui doit servir au praticien ; aussi n'a-t-il pas craint d'entrer dans des détails minutieux, de donner des indications pouvant paraître superflues tout d'abord. Mais combien souvent n'est-on pas arrêté, dans la pratique, parce qu'on ignore un détail qu'un auteur avait jugé puéril d'indiquer dans un traité!

En résumé, les qualités du livre de M. Desnos sont de nature à lui concilier tous les suffrages des praticiens et son succès est assuré. La rédaction du *Concours médical* s'en réjouit bien sincèrement.

REPORTAGE MÉDICAL

Les pharmaciens n'ont pas plus à se louer que nous de l'attitude de la justice à leur égard. Un charlatan a toujours la peine la plus minime ; un diplômé la peine la plus haute. Nous reproduisons volontiers l'article suivant du *Répertoire de pharmacie.*

Sévérité des tribunaux envers les pharmaciens. — La presse politique a publié récemment la sévère condamnation prononcée par le Tribunal de la Seine contre un de nos confrères, qui avait commis une erreur ayant occasionné la mort de son client. Ce pharmacien a été condamné *à trois mois de prison et quarante mille francs de dommages-intérêts.*

On a le droit d'éprouver la plus profonde surprise, et même d'accuser les magistrats de manquer de sang-froid, quand on les voit frapper aussi lourdement les pharmaciens, alors que d'autres, non moins coupables, sont traités avec une indulgence incompréhensible.

Dans les premiers jours du mois d'août, un boucher était traduit devant le Tribunal de Bourges, comme coupable d'avoir fourni à un corps de troupes de la viande de mauvaise qualité, qui avait produit 227 empoisonnements, dont un suivi de mort, et il a été établi aux débats que *ce fournisseur avait agi sciemment.* Eh bien ! savez-vous quelle peine a été appliquée à ce boucher ? Il en a été quitte pour 15 jours de prison et 50 francs d'amende. Il est vrai que le ministère public a interjeté appel *a minima* de cette sentence ; mais nous ne pouvons nous empêcher de comparer la culpabilité des deux prévenus et la peine dont ils ont été frappés; d'un côté, nous voyons un boucher, *poussé par la cupidité,* livrer de la viande *qu'il sait altérée,* empoisonner 227 hommes et en tuer un ; on le traite avec indulgence.

D'autre part, voilà un pauvre pharmacien qui commet une erreur *involontaire* ; on lui applique trois mois de prison, et on le condamne à payer 40,000 francs de dommages-intérêts ; le pharmacien à qui il arrive par malheur de se tromper est toujours plus ou moins considéré comme un malfaiteur, et les juges ont presque l'air de croire qu'il y a préméditation de sa part ; nous ne demandons pas, bien entendu, l'acquittement de ceux de nos confrères qui ont à répondre devant la justice d'un accident mortel dont ils se sont rendus coupables ; mais nous voudrions que les magistrats fissent preuve de plus de sang-froid. Nous nous expliquons de la manière suivante leur sévérité à l'égard des pharmaciens : pour être magistrat on n'en est pas moins homme, c'est-à-dire affecté d'une pointe d'égoïsme ; le juge devant lequel comparaît un pharmacien se dit que, demain, il aura peut-être besoin d'une potion, et il lui se-

rait très désagréable d'être victime d'une erreur. Le fournisseur qui donne de la viande pourrie aux soldats lui semble moins dangereux, parce qu'il a son boucher ordinaire, le meilleur boucher de son quartier, chez lequel il est sûr de trouver toujours de la viande de première qualité. Un boucher, comme celui de Bourges, ne lui cause donc aucune appréhension, tandis que le pharmacien, si honorable qu'il soit, peut l'empoisonner un jour ou l'autre. Ce petit calcul égoïste pousse les Tribunaux à faire de la justice distributive à l'envers ; nous sommes fondés à nous en émouvoir et à pousser un cri d'alarme.

— En Amérique, la *méthode Brown-Séquard* n'a pas tardé à être expérimentée. Un nègre et deux reporters ont subi les injections ; tous les trois sont morts, dit-on, et deux autres personnes n'en valent guère mieux. Que peut-on bien leur avoir injecté ?

— Toutes les *casernes* dépourvues d'eau de source vont être désormais pourvues de filtres simples à bougie avec pression. — Un filtre de deux bougies suffira à une compagnie.

— Il y a en *Allemagne* 34.000 *étudiants* dans les universités ; dont deux tiers israëlites. En *Autriche* ils sont encore plus nombreux et presque la moitié sont juifs, comme les professeurs qui le sont tous. Où casera-t-on tous ces prolétaires intellectuels ?

— La première station de *voitures d'ambulance* pour le transport des contagieux est établie rue de Staël derrière le Lycée Buffon. On prépare une station à la rue de Chaligny. On les reliera téléphoniquement avec les *Enfants malades* et *Trousseau*.

— Il y a deux ans la presse *Américaine* s'émut de quelques cas d'empoisonnement dûs à l'inadvertance des pharmaciens. Une enquête eut lieu par tous les Etats-Unis; chaque pharmacien fut invité à dire les précautions qu'il prenait.

Le plus original est le *sifflet d'alarme* qui fonctionne dès que le pharmacien débouche un récipient contenant un poison quelconque.

— Le Concours pour l'*Internat en médecine* s'ouvre le jeudi 21 octobre, rue de la Bûcherie.

— Le 18 novembre, concours à l'*Assistance publique* pour 10 emplois de *Médecin du traitement à domicile*. Tout Docteur-médecin français est admis à concourir et peut demander le programme, 3, avenue Victoria (service des secours).

— On signale, en Angleterre, le développement chaque jour plus accentué de l'*ivrognerie* chez la femme, non seulement par l'alcool, mais encore par l'*éther* et la *chlorodyne*. Ce dernier liquide est un composé, très dangereux, de morphine et de chloroforme.

— Un concours pour l'obtention des *bourses de Doctorat* aura lieu le 28 octobre dans les facultés. Tout candidat qui aura obtenu la note *bien* aux examens du Baccalauréat ès lettres et ès sciences peut obtenir, *sans concours*, une bourse de première année.

— La stastistique semble prouver que des personnes adultes soumises à l'*inanition* meurent du 15e au 20e jour en perdant 30 pour cent de leur poids.

— Nous trouvons parmi les *médailles d'or* françaises, celle de la maison *Walter Lécuyer*, pour ses appareils d'hydrothérapie.

— Entre un docteur connu, professeur à la Faculté, et un domestique qui se présentait pour entrer à son service.

Le docteur avait questionné le nouveau venu. On avait passé en revue le cahier des charges du futur valet de chambre. On avait tiré au clair le chapitre du vin, de l'habillement, des gages. Tout semblait terminé, quand le postulant se ravisant :

« Est-ce que Monsieur ne me donnera pas le tant pour cent les jours où nous aurons consultation ?..... »

Le professeur X. n'eut pas la force de répondre.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Congrès d'assistance, 2 forts vol. de 700 pages chacun. Prix 20 fr., remise de 20 %.

Le numéro 40 du Concours médical a signalé page 477 la formation d'une Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, sous la présidence de M. Théophile Roussel, sénateur. Beaucoup de médecins ont adhéré à cette Société ; nous leur signalons le *Congrès d'assistance* publié in extenso par la maison Rongier.

Les Alcaloïdes. Histoire, propriétés chimiques et physiques, extraction, action physiologique, effets thérapeutiques, toxicologie, observations, *usages en médecine*, formules, etc., par B. DUPUY, avec préface de M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ. Prix Desportes de l'Académie de médecine. Deux volumes grand in-8°, de 800 pages chacun. Prix de l'ouvrage complet 32 fr., remise de 20 % aux membres du Concours.

Cette œuvre magistrale renferme tous les renseignements, toutes les formules qu'un praticien peut désirer sur les alcaloïdes.

Recherches des Lois qui président à la Création des Sexes, par le Dr A. CLEIZ. Grand in-8°, de 82 pages. Prix 2 fr. 50.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de notre confrère et ami, le Dr *Répin*, maire de *Conlie* (Sarthe). M. Répin avait fait, en qualité de chirurgien de marine, le premier voyage d'exploration dans le *Royaume du Dahomey*. Il a publié l'émouvant récit des sanglantes coutumes de ce pays. Etabli à Conlie, il fut décoré pour sa belle conduite en 1870.

Nous adressons à sa famille et à son fils Charles Répin, interne des hôpitaux, les sincères compliments de condoléance d'un ami de celui qu'ils viennent de perdre, à un age peu avancé, au moment où il s'apprêtait à jouir du repos mérité par une carrière médicale si noblement remplie.

Nous accomplissons le même devoir en faisant part du décès d'un autre membre du Concours, M. le Dr *Claudat*, de Fismes (Marne).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

Société du Concours médical et de l'Union des Syndicats.

Notre assemblée générale annuelle de dimanche a été particulièrement nombreuse et attrayante. Avant le compte rendu complet que nous en donnerons dans le prochain numéro, nous sommes heureux d'enregistrer dès aujourd'hui cette nouvelle preuve du succès croissant de notre Société et de l'utile besogne faite par l'Union des Syndicats.

L'étude des meilleurs moyens à prendre pour faire réussir dans la prochaine législature la revision des lois de l'an XI et l'interprétation favorable aux médecins de la loi sur les syndicats professionnels a été le sujet principal des préoccupations de l'assemblée, et on peut dire que la discussion à laquelle ont pris part MM. Chevandier, Gibert, de Fourmestreaux, et le Conseil judiciaire des Syndicats a très nettement mis en lumière la meilleure marche à suivre. Nous avons été heureux de constater que le sympathique député de la Drôme était toujours aussi plein d'ardeur pour notre cause.

La question capitale de l'indemnité en cas de maladie a été l'objet d'un important échange de vues.

Quand les divers numéros de l'ordre du jour ont été épuisés, le banquet a réuni autour du menu excellent du Grand Hôtel un nombre de convives notablement supérieur à celui des années précédentes. Au champagne des toasts ont été portés par MM. Cézilly, Chevandier, Barat-Dulaurier, Leroy, Maurat, Rigabert, par M. Chastenet, le Conseil judiciaire des syndicats, à la récente décoration duquel on a bu avec grand plaisir, par M. Monin et M. Le Gendre. M. Franck-Chauveau, sénateur de l'Oise, qui honorait le banquet de sa présence, a témoigné par d'éloquentes paroles sa profonde sympathie pour le Concours Médical et ses œuvres.

Après le dîner, les convives ont ri de bon cœur en écoutant la lecture d'une spirituelle poésie de notre confrère le Dr Boyer (de la Celle St-Cloud), sur les tribulations d'un accoucheur persécuté.

Puis le Dr H. Labonne nous a tenus littéralement sous le charme en faisant défiler sous nos yeux des centaines de vues photographiques projetées à la lumière oxhydrique par M. Molteni, qui avait bien voulu prêter son concours gracieux. Ces photographies, prises par notre éminent confrère pendant deux voyages d'exploration qu'il a faits en Islande, aux Ferroë et aux Hébrides, ont été montrées par lui avec un commentaire si savant et si spirituel en même temps que nous ne saurions trop vivement l'en féliciter et l'en remercier. — P. L. G.

LA SEMAINE MÉDICALE

Hémiplégie hystérique avec atrophie musculaire consécutive à la diphthérie.

M. *Debove* a présenté à la Société médicale des hôpitaux une malade qui a été atteinte d'hémiplégie gauche un mois après une diphthérie il y a plus d'un an, et qui présente encore aujourd'hui, outre un degré assez accentué de parésie des membres, avec flaccidité, de l'atrophie musculaire. La commissure buccale est déviée à gauche par contracture des muscles de ce côté, ainsi que la luette et le voile du palais, sans déviation de la langue. Il y a un peu d'anesthésie à gauche, un peu de rétrécissement du champ visuel, l'humeur est bizarre.

M. Debove élimine comme étiologie les lésions cérébrales parce que la paralysie est encore flasque au bout d'un an,— les lésions médullaires ou nerveuses à cause de la forme hémiplégique, des

troubles faciaux qui obligerait à mettre en cause la protubérance, et enfin à cause des réactions électriques normales.— Ce n'est pas non plus une paralysie diphthérique proprement dite, parce que le voile du palais n'a pas été paralysé, que la paralysie a été durable et s'est accompagnée d'atrophie. — Il s'agit en somme d'une paralysie hystérique, diagnostic que ne contredit pas l'existence de l'atrophie signalée depuis quelques années par Charcot, Féréol et Babinski dans l'hystérie. Mais la malade, malgré de nombreux chagrins, n'avait eu aucun signe d'hystérie avant d'avoir la diphthérie à l'âge de 33 ans. C'est donc la maladie infectieuse qui a provoqué l'hystérie, par l'intermédiaire du poison morbide. Nous avons là un exemple de ces paralysies toxiques, qu'on observe surtout dans les empoisonnements par le plomb, par l'alcool, mais qui peuvent aussi être la conséquence d'un empoisonnement microbien, (comme Charrin en a démontré la possibilité expérimentalo dans la maladie pyocyanique).

Bégaiement hystérique.

M. *Ballet* a observé un ouvrier qui, à la suite d'une querelle, fut pris il y a trois semaines d'une attaque d'hystérie, suivie d'aphonie et de bégaiement. Le bégaiement est plus accentué le matin et le soir n'est plus représenté que par la prononciation traînante de certaines syllabes, comme dans la paralysie glosso-labio-laryngée. L'hémianesthésie sensitive et sensorielle et une trémulation de la langue corroborent le diagnostic d'hystérie ; ce malade est facilement hypnotisable.

C'est le troisième cas de bégaiement hystérique observé par M. Ballet. Celui-ci a hypnotisé le malade devant la Société des hôpitaux pour essayer de supprimer le bégaiement par suggestion; et l'expérience n'a pas réussi.

Xanthelasma disséminé et symétrique sans insuffisance hépatique.

M. *Chauffard* rapporte l'observation d'un homme de 55 ans, alcoolique, ancien paludéen, qui depuis neuf ans présente des taches de xanthelasma disséminées symétriquement à la base du cou, aux creux axillaires, aux plis du coude. Chaque groupe se compose de plaques agglomérées, gris-chamois ; au centre de chacune est un petit nodule gros comme une tête d'épingle, de couleur gris cendré. Plusieurs groupes ganglionnaires sont tuméfiés.

Il y a un médiocre état général: amaigrissement, souffle systolique à la base du cœur, induration du sommet pulmonaire droit.

Le foie est normal anatomiquement et fonctionnellement, il n'y a pas d'ictère, ce qui est contraire à l'opinion régnante sur les rapports du xanthelasma avec les lésions ou troubles fonctionnels du foie.

Des inoculations faites avec le sang des plaques de xanthelasma ont été négatives, ce qui contredit la pathogénie microbienne invoquée par quelques observateurs.

L'évolution s'est faite par poussées successives avec rétrocession et guérison, comme pour les xanthomes des diabétiques, mais les urines de ce malade sont normales.

Il n'y a chez lui aucune hérédité d'une affection analogue.

C'est une observation intéressante surtout par ses conclusions négatives; l'étiologie et la nature intime du xanthelasma demeurent entourées d'obscurité.

Pleurésie cancéreuse hémorrhagique cinq ans après l'ablation d'un épithélioma du nez.

M. *Féréol* a vu succomber récemment à la suite d'une pleurésie hémorrhagique, qui nécessita onze ponctions, un homme de 75 ans, chez qui on avait détruit cinq ans auparavant, sur le conseil de M. Hardy, un épithélioma du nez par le caustique de Vienne; la tumeur n'avait pas récidivé.

M. Féréol n'a pu faire l'autopsie, mais il s'appuie sur l'existence des faits précédents et la constatation d'une petite tumeur cutanée ayant les caractères d'un épithélioma et survenue au devant du sternum, pour émettre l'opinion que le malade a succombé à une pleurésie cancéreuse. M. Hardy et M. Dieulafoy ont accepté ce diagnostic qui ne parait pas absolument démontré à M. Rendu.

MÉDECINE PRATIQUE

Le refroidissement et la pneumonie.

(Aperçu général sur le phagocytisme)

Plusieurs points me semblent dignes d'attention dans l'observation que je viens de relater (1): j'insisterai d'abord sur le rôle incontestable du froid dans la production de cette pneumonie.

C'est absolument classique, dira-t-on, sans doute, *c'était classique* et admis sans contestation il y a quelque dix ans. Mais, depuis la découverte de la nature microbienne de la pneumonie, l'opinion classique avait été fortement battue en brèche par les premiers adeptes de la doctrine microbienne ; comme il arrive en pareil cas, l'engouement pour la découverte nouvelle avait été trop loin, on voulait rayer le refroidissement de la liste des causes de la pneumonie parce qu'il semblait impossible de concilier l'action du microbe et celle du froid.

Cependant l'observation clinique de nos devanciers ne peut être rejetée quand elle se présente avec la garantie de statistiques considérables, comme celles de Grisolle par exemple.

Dans une de ses cliniques des dernières années, M. le professeur Jaccoud citait deux faits dans lesquels l'action du froid sur la pneumonie était incontestable. Dans l'un il s'agit d'un homme qui était à l'hôpital en convalescence, guéri même d'une affection quelconque ; une nuit, pendant un violent orage, la fenêtre située au-dessus de son lit s'ouvre brusquement et reste ouverte jusqu'au matin. Resté endormi malgré l'orage, cet homme est exposé pendant plusieurs heures à l'action directe de l'air froid ; le lendemain une pneumonie se déclarait chez lui. — Une cuisinière quitte brusquement en hiver le voisinage de ses fourneaux pour aller promener des enfants sans se vêtir suffisamment : peu après elle est prise de frissons et la pneumonie éclate.— Le Brésilien, dont j'ai parlé, passe brusquement d'un atelier d'usine surchauffé à l'air froid d'une nuit pluvieuse ; aussitôt un coryza éclate, un catarrhe laryngo-trachéal fait

(1) Voir le numéro précédent.

suite; deux jours après, vient le frisson, qui était bien, ainsi que l'évolution ultérieure de la maladie le démontre, le frisson d'invasion de la pneumonie, malgré les irrégularités de la courbe thermique.

D'ailleurs les cas de gens tombés à l'eau, qui, quelques heures après sont pris d'une pneumonie, ont été si souvent observés qu'il est vraiment impossible de nier l'action du refroidissement.

Donc la pneumonie a frigore est une réalité ; mais s'ensuit-il que le microbe ne joue pas un rôle ?

Les maladies causées par des microbes, dira-t-on, ne se développent pas généralement dans ces conditions. Voit-on une variole, une scarlatine, une fièvre typhoïde, — maladies dans la genèse desquelles à peu près personne ne nie plus la pathogénie microbienne, bien que les microbes n'aient été démontrés que pour l'une d'entre elles, — les voit-on faire explosion quelques heures après un refroidissement ?

Cette objection était embarrassante au début des recherches microbiennes, alors qu'on croyait toutes les maladies infectieuses causées par la *pénétration* dans l'organisme de microbes venus du dehors, apportés par l'air, le contact, les aliments ou les boissons. Mais nous savons maintenant que les agents pathogènes de certaines maladies infectieuses, et la pneumonie est de celles-là, existent à l'état normal à la surface et dans l'intérieur de l'organisme sain.

Nous avons parlé plusieurs fois de la découverte si importante faite par Frænkel et Netter des pneumocoques, agents pathogènes de la pneumonie, dans la salive d'individus bien portants. Les microbes qui sont capables de faire naître la pneumonie sont là, dans la bouche ou dans les fosses nasales de certaines personnes ; pourquoi la pneumonie n'apparaît-elle que le jour où l'action du froid vient frapper l'organisme ?

A cette question on peut répondre par deux hypothèses qui s'appuient l'une et l'autre sur la connaissance des lois qui régissent la biologie des microbes.

Ou bien la modification imprimée par le coup de froid à l'organisme de l'homme refroidi imprime à ses humeurs, à sa salive, à son mucus nasal des modifications chimiques qui les transforment en un *milieu de culture plus favorable* au développement, à la pullulation des pneumocoques. L'expérimentation a démontré depuis longtemps que tel microbe, qui végète complètement inerte dans un certain bouillon, prend soudain une activité très grande et voit s'exalter sa virulence, si on modifie même faiblement la composition chimique ou la température de ce bouillon.

Ou bien l'explication de l'aptitude nocive subitement conférée par le froid à un microbe jusque là inoffensif peut être demandée au *phagocytisme*, dont j'ai dit récemment quelques mots et auquel je suis bien aise de revenir.

Il est à peu près certain que l'organisme, sans cesse assiégé et pénétré partiellement par d'innombrables microbes, pathogènes ou indifférents, se défend sans cesse contre eux grâce à la fonction phagocytique. En quelques mots, voici ce qu'est la fonction phagocytique.

C'est la propriété dévolue à certaines cellules constituantes de l'organisme de s'emparer des microbes qui sont à leur portée et de se les assimiler, de les englober, de les détruire en les digérant.

Ces cellules dévoratrices de microbes sont de deux espèces : les unes fixes, les autres mobiles.

Les premières font partie de certains tissus, comme les épithéliums des séreuses, les endothéliums des vaisseaux, les cavités des follicules clos des ganglions, des amygdales, de la rate, de l'intestin, des alvéoles pulmonaires : on les appelle *macrophages*, grandes cellules mangeuses de microbes.

Les secondes, ce sont, suivant des observateurs compétents comme Metchnikoff, les globules blancs du sang et de la lymphe, qui, faisant diapédèse hors des vaisseaux, accourent au devant des microbes, les entourent, les emprisonnent : ce sont les *microphages*, petits mangeurs de microbes. Ils constituent dans le plan de la défense organique une sorte de gendarmerie mobile.

Les grosses cellules macrophages ne quittent pas les surfaces où les attachent leurs dimensions et leurs connexions ; elles ne peuvent happer que les microbes qui arrivent à leur portée. Ainsi font-elles sans cesse dans les alvéoles du poumon sain, de l'amygdale par exemple, comme l'ont vu les observateurs les plus dignes de foi, grâce à des procédés techniques de coloration qui permettent de distinguer les cellules organiques des microbes et les microbes sains des microbes déjà englobés et à moitié digérés par les cellules dans l'intérieur desquels on les voit.

Les leucocytes microphages, eux, vont, comme je l'ai dit, au devant des ennemis, les microbes ; ils en triomphent généralement et quand, chargés des cadavres des vaincus, ils rentrent dans les profondeurs de l'organisme, on voit quelquefois les grandes cellules fixes, les macrophages, happer à la fois au passage les leucocytes microphages et leur contenu microbien.

Cela a l'air d'un roman et cependant c'est réel ; c'est visible pour qui se place dans des conditions particulières d'observation.

Cela, c'est le phagocytisme normal ; mais pour que les choses se passent ainsi, il faut que l'organisme humain soit sain, il faut que les cellules qui le composent *aient leur maximum* d'activité et de vigilance et que les microbes ne soient pas très virulents.

Or, cette vigilance, elle dépend de causes multiples, mais en particulier de l'intégrité du fonctionnement du système nerveux, le grand régulateur des actes de la vie, et plus particulièrement du fonctionnement des nerfs vaso-moteurs qui tiennent sous leur dépendance les circulations locales, les échanges chimiques entre le sang, les humeurs et les tissus.

Il n'est pas difficile de comprendre que, si l'action brusque et intense du froid vient paralyser, ou inhiber, comme dit Brown-Sequard, pendant quelque temps les fonctions du système nerveux et des vaso-moteurs, le système défensif constitué par les phagocytes, microphages et macrophages, doit subir par contre-coup une perturbation, une entrave.

Au contraire, les microbes n'ont pas désarmé, eux ; ils ne désarment jamais, et même ils ont pu peut-être acquérir une virulence plus grande et pulluler plus activement dans des humeurs modifiées chimiquement par l'influence même qui a paralysé le système nerveux et les phagocytes ; ils s'élancent de nouveau à l'assaut et entrent cette fois

dans la citadelle, dont ne peuvent plus les écarter des gardiens moins vigilants ou réduits à l'impuissance.

Nous voilà bien loin de la pneumonie, direz-vous? Au contraire, nous y voilà complètement revenus.

Ces pneumocoques, qui, dans la salive et le mucus nasal d'un individu bien portant, tentaient incessamment, mais sans y réussir, de franchir les surfaces épithéliales de la muqueuse respiratoire, devenus plus virulents et pullulant à l'aise par suite de la perturbation du coup de froid, provoquent le catarrhe des voies aériennes (coryza, laryngo-bronchite), filent dans les alvéoles, les franchissent, et font éclater au sein du parenchyme pulmonaire le processus inflammatoire, que nous appelons *la maladie* et qui n'est que *la lésion locale*, la preuve de la réaction de l'organisme contre la cause morbifique qui l'envahit. Mon maître M. Bouchard a exposé admirablement ces idées dans son enseignement de cette année.

Si les pneumocoques demeurent cantonnés dans le foyer d'hépatisation, la pneumonie reste sans complications; il est possible que tous les désordres nerveux et circulatoires qui éclatent et constituent les symptômes généraux de la pneumonie (la fièvre, etc.) soient la conséquence de la diffusion dans l'organisme d'un poison chimique soluble fabriqué par les microbes dans le foyer inflammatoire.

En tout cas il est démontré que dans les cas où apparaissent certaines *complications*, telles que la méningite, l'endopéricardite, la néphrite, l'otite, ces complications sont en réalité des *localisations* nouvelles, résultant du transport des pneumocoques loin du foyer primitif pulmonaire. Les choses se passent alors comme dans les localisations tuberculeuses secondaires à la phthisie pulmonaire ou aux tumeurs blanches, alors que les bacilles tuberculeux émigrés vont coloniser dans d'autres séreuses ou d'autres parenchymes.

Mais il faut que je m'arrête. Je ne puis faire ici un cours complet de pathologie microbienne. Pour conclure ce bref développement sur le rôle du refroidissement dans l'étiologie de la pneumonie, je dirai avec M. Jaccoud : « Les découvertes microbiennes ne peuvent supprimer l'influence du froid comme cause des maladies aiguës, » et en particulier de la pneumonie ; le froid est une cause à la fois occasionnelle et prédisposante, non pas nécessaire, ni suffisante, ni constante, mais fréquente et très puissante ; « l'étiologie médicale traditionnelle est enrichie par ces découvertes, elle n'est point supprimée ». — J'ajoute : sans pneumocoques, jamais de pneumonie, mais les pneumocoques ne suffisent pas ; il faut, pour qu'ils puissent agir, que l'organisme ait subi une détérioration préalable, un abaissement passager de sa vitalité, et c'est très souvent le refroidissement qui est l'agent occasionnel de cette détérioration.

(*A suivre.*) P. LE GENDRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les compagnies d'assurances contre la maladie.

Nous disions en janvier 1888, nº 2, après avoir exposé qu'en Belgique il existe, comme en *Angleterre*, des compagnies d'assurance de ce genre, que, si elles se constituaient dans notre pays, elles feraient courir de grands dangers aux médecins ; qu'elles s'établiraient sur deux bases : bénéfice sur le médecin ; bénéfice sur l'assuré et qu'elles en viendraient, à l'envi les unes des autres, à abaisser la rétribution de leurs médecins pour élever le dividende à distribuer à leurs actionnaires.

Nous ajoutions que le principe de l'assurance contre la maladie s'imposait aux sociétés modernes et qu'il n'était retardé que par le défaut de bases suffisantes pour calculer les primes nécessaires d'une manière exacte.

Nous résumions les dangers de ces compagnies dont la fondation était certaine dans la phrase suivante :

Les compagnies verseront une indemnité journalière de maladie à leurs assurés, en échange d'une prime. Puis elles entreront par le fait de la concurrence dans le vif de la question : *procurer une économie à leurs assurés, en leur fournissant un médecin qu'elles trouveront à un rabais qu'on ne peut limiter.*

Le jour est venu ; une compagnie, l'*Assurance-maladies* vient de se fonder, 1, rue Feydeau.

Elle a pour directeur, un médecin, un membre du Concours Médical, M. le Dr *Cottard*, et plusieurs médecins distingués, comme conseil médical.

Nous avons présenté nos objections, au point de vue médical, et après de nombreuses conversations nous avons prié M. Cottard d'y répondre dans le journal de la Société dont il fait partie.

Nous préférons puisque, comme nous l'avions prévu, l'assurance contre la maladie devait se fonder, en France, qu'elle ait à sa tête un médecin. Nous pouvons espérer que les inconvénients que nous redoutons seront longtemps sans se produire. Voici la lettre de M. le Dr Cottard :

L'ASSURANCE-MALADIES

Compagnie anonyme d'assurances à primes fixes

CONTRE LES MALADIES ET LES ACCIDENTS CORPORELS

CAPITAL SOCIAL : **550,000 francs.**

Siège social : 1, rue Feydeau.

Paris, le 11 Octobre 1889.

Monsieur le docteur A. Cézilly,
directeur du *Concours médical.*

Monsieur et Cher confrère,

Comme suite aux conversations que nous avons eu l'honneur d'avoir avec vous, nous croyons devoir vous donner quelques éclaircissements sur le fonctionnement de notre Compagnie, *en ce qui concerne les membres du corps médical.*

Tout d'abord, il est bien entendu que la compagnie ne s'occupera *aucunement du traitement de l'assuré*, et que, par conséquent, les médecins n'ont nullement à craindre *un abaissement quelconque de leurs tarifs.* Nous leur affirmons, au contraire, qu'ils n'ont rien à redouter de semblable. Nous n'avons jamais eu l'intention d'assurer, comme le font les *sociétés de secours mutuels*, les frais médicaux et pharmaceutiques ; nous nous contenterons de payer à l'assuré malade l'indemnité à laquelle il aura droit en vertu

de son contrat. D'ailleurs, pour vous éclairer pleinement à cet égard, voici la copie des articles 2 et 19 des conditions générales de notre police :

Article 2. — La compagnie garantit et paie jusqu'à concurrence de la somme assurée :

1° En cas d'incapacité temporaire et absolue de se livrer à ses occupations habituelles, par suite de maladies, une indemnité quotidienne fixée aux conditions particulières de la police et qui ne pourra dépasser un maximum de vingt-cinq francs, ni être versée pendant une durée excédant cent vingt jours consécutifs pour chaque maladie.

Cette indemnité sera réduite de moitié, si l'incapacité n'est pas absolue.

L'incapacité qui n'aura duré que quatre jours ne donnera droit à aucune indemnité.

2° En cas d'incapacité professionnelle ou totale et définitive, par suite de maladie, une rente viagère, également fixée aux conditions particulières de la police, et qui ne peut dépasser trois mille francs par an.

Article 19. Le choix du médecin est abandonné à l'assuré ; toutefois la compagnie se réserve le droit, dont elle usera toutes les fois qu'elle le jugera convenable, de faire visiter le malade par le médecin qu'elle désignera, ainsi que par ses inspecteurs ou délégués, lesquels, par conséquent, devront sous peine de déchéance de garantie, avoir un libre accès pour constater son état.

Dans le cas où le médecin de la compagnie contesterait l'exactitude des certificats du médecin de l'assuré, l'assuré et la compagnie choisiront un troisième médecin ; sinon, il sera désigné par le président du tribunal civil de l'arrondissement. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour l'assuré et la compagnie. Les frais de sa nomination et de ses honoraires seront supportés à frais communs.

Il faut observer en outre que, dans la pratique, la compagnie ne peut, quand même elle voudrait le faire, *prendre à sa charge les frais médicaux.* En effet, dans la classe pauvre qui n'aura droit qu'à des indemnités journalières peu élevées, cette charge serait trop onéreuse pour nous. Dans la classe moyenne, au contraire, laquelle aura droit à des indemnités journalières pouvant varier de 5 à 25 francs, il est bien certain que l'intervention de la compagnie serait toujours repoussée par les assurés, puisqu'elle ne pourrait s'exercer qu'à leur détriment, l'indemnité devant être toujours supérieure et parfois de beaucoup aux honoraires du médecin.

Il est utile, aussi, de bien faire observer aux médecins qu'ils trouveront dans notre assurance :

1° *Une source d'honoraires* dans les nombreux certificats qu'ils auront à délivrer aux assurés, et dans les expertises dont ils seront chargés ainsi que vous l'avez vu par l'article 19 cité plus haut et ainsi que le confirme l'article 18 dont voici la teneur.

Article 18. En cas de maladie pouvant causer une incapacité de travail, l'assuré en informera ou en fera informer la compagnie en adressant, à ses frais, dans les 48 heures qui suivront l'incapacité du travail, au siége de la compagnie ou de l'agence, un certificat médical relatant la nature de la maladie, ainsi que sa durée et ses suites probables.

En outre, l'assuré devra produire, sept jours près le premier certificat, un second certificat constatant la continuation de l'incapacité sous peine de nullité. En cas de continuation de la maladie, un certificat semblable devra être adressé au siège de la compagnie ou de l'agence, tous les sept jours, sous peine de nullité.

2° *Une garantie très sérieuse pour le paiement de leurs honoraires.* En effet, s'il se trouve parmi leurs clients, des personnes assurées à notre compagnie, ils pourront toujours, au cas où la situation pécuniaire de l'assuré l'exigerait, se faire payer par privilège, chez l'agent de la compagnie, moyennant une autorisation préalable donnée par l'assuré ou ses ayants droit.

Mais les médecins auront encore un autre *intérêt personnel* au bon fonctionnement et à la prospérité de la compagnie ; nous avons, en effet, l'espoir qu'un grand nombre d'entre eux deviendront nos assurés, et, à cet égard, nous sommes heureux de vous informer que nous leur ferons des conditions spéciales en abaissant les tarifs en leur faveur.

Ce n'est pas, au surplus, *le seul avantage* que nous voulons leur assurer. Nous sommes à votre disposition pour en rechercher d'autres, de concert avec vous, si cela est possible.

En tout cas, nous leur donnons l'assurance formelle que jamais notre compagnie ne s'exposera à léser les intérêts de la profession à laquelle appartient son directeur.

En terminant cette longue lettre, nous avons le plaisir de vous annoncer que la seconde assemblé constitutive de la Société aura lieu *mercredi prochain, 16 courant.*

Agréez, monsieur et cher confrère, l'expression de nos sentiments distingués et dévoués,

Le fondateur de la Compagnie,
COTTARD.

Le taux des honoraires en faveur des Sociétés de secours mutuels.

Saint-Aignan (Loir-et-Cher), septembre 1889.

Monsieur le Directeur,

Dans un précédent numéro du *Concours*, le Dr G. à L. (Hte-Saône) se préoccupe des sociétés de secours mutuels, dont les médecins sont les vaches à lait.

J'aurais à dire un mot du taux des honoraires que nous devons réclamer aux sociétés.

Il est admissible que le médecin consente une réduction sur le prix de ses visites, parce que la collectivité lui garantit le paiement intégral de ses honoraires.

Je propose le mode d'évaluation suivant, pour fixer le taux de cette réduction.

J'ai touché depuis 20 ans sur mon chiffre total d'affaires 73 à 75 pour 100, déficit 27 à 25 pour 100. Je peux donc faire aux sociétés une réduction de 25 % sur le prix habituel de la visite. Il ne sera en rien dérogé aux régles habituelles de l'exercice de la profession, cette réduction étant faite.

Libre choix du médecin par le sociétaire, paiement à la visite. Tout se réduit à un taux à accepter ; 25 % peut être le point de départ d'une enquête qui montrera si on doit faire plus ou moins. Là encore et surtout se révèle la nécessité de l'union, de l'accord, du consensus, du Concours médical.

Compliments empressés et sentiments dévoués.

Dr MARIE.

Deux poids et deux mesures vis-à-vis des médecins et des illégaux.

Armentières (Nord), 7 oct. 1889.

Monsieur le Directeur,

J'approuve complètement les médecins *de Rodez* qui ont refusé de procéder à une expertise médico-légale. La grève est le seul moyen aujourd'hui de faire valoir ses droits.

Dans un article qu'on pourrait intituler : *médecine* et *photographie*, il serait facile de montrer l'injustice dont nous sommes les victimes. Un photographe est appelé pour prendre l'épreuve d'un inconnu trouvé noyé dans un fossé. Sans qu'il ait fait la moindre démarche, le procureur de la République, aujourd'hui procureur général (M. Maulion) lui a envoyé un mandat de *trente francs* et j'attends encore le règlement de mes honoraires. Ainsi l'expertise médicale, quand elle est payée, est cotée *six francs* ; l'épreuve d'un photographe cinq fois plus !

Dans notre département, et dans beaucoup d'autres sans doute, il est permis aux ecclésiastiques d'exercer impunément et illégalement la médecine et la pharmacie, ainsi qu'il appert de l'article ci-dessous du *Progrès du Nord* (Hazebrouck) :

MÉDICASTRE.

L'affaire du curé de Bauvin.

D'un jugement en date du 21 septembre courant rendu par le Tribunal correctionnel de Lille, il ressort que l'exercice *illégal* de la pharmacie et de la médecine est permis dans la limite des considérants qui précèdent le jugement.

Cependant, quel que soit le respect que nous professons pour les décisions de la justice, nous ne pouvons que protester contre l'appréciation donnée par les juges aux actes de M. le curé de Bauvin.

Il sembleraitressortir du jugement que le fait de se livrer à l'exercice de la pharmacie et de la médecine, en tant qu'il n'a lieu qu'au profit des « pauvres et sans rétribution » est permis. Il importerait donc peu qu'on ait ou qu'on n'ait point fait d'études spéciales — qu'on ait ou qu'on n'ait point fait preuve de certaines aptitudes déterminées par les lois ; pourvu que l'intention soit bonne, le fait n'existe pas.

A priori, cette thèse, qui prête, selon nous, à discussion, puisqu'elle ouvre un champ très vaste à l'arbitraire et qu'elle devient opposée aux idées du législateur sur les droits et la responsabilité des praticiens, nous semble immorale à tous les points de vue.

En effet, en prenant l'affaire au fond, et dans l'espèce, nous nous demandons si le Tribunal a su et pu apprécier les griefs invoqués contre M. Leman, curé de Bauvin. L'enquête qui a eu lieu et qui a dû produire tous les renseignements nécessaires pour éclairer M. le Procureur de la République, n'a-t-elle été faite que pour la forme ? Ou n'en a-t-on tiré des arguments que dans le sens utile aux besoins de la cause ?

Cette enquête a-t-elle eu pour résultat de faire connaître, à l'encontre des considérants du jugement et contrairement aux témoignages produits à l'audience, que M. Leman a fourni des produits pharmaceutiques non seulement à des « pauvres de Bauvin, qui ont gratuitement droit aux soins du médecin du bureau de bienfaisance, mais à la cinquantaine de personnes étrangères à la commune — dont plusieurs de Lille — qui chaque semaine venaient le consulter à son presbytère ?

A-t-elle fait connaître que ces personnes payaient leurs drogues jusqu'à deux francs le flacon, et même plus ?

A-t-elle fait connaître que la population minière n'avait pas besoin de ses soins, puisqu'un médecin est attaché aux houillières de Meurchin et donne aux mineurs de par leur contrat avec la Compagnie, ses soins gratuits à ces ouvriers et à leur famille ?

Cette même enquête a-t-elle démontré que M. Leman, outre l'exercice de la pharmacie — que nous persistons à considérer comme *illégal* malgré le jugement — s'occupait de médecine, délivrait des ordonnances et a, par des imprudences, provenant de son ignorance de l'art médical, pu être accusé de la mort de plusieurs de ses paroissiens ?

La cause jugée reposait-elle exclusivement sur l'exercice de la pharmacie ou sur ceux de la pharmacie et de la médecine réunis ?

Quoi qu'il en soit, le brevet d'impunité que le jugement en question a décerné à M. Leman, implique-t-il le droit pour tout individu, quand ce ne serait qu'à titre d'office gratuit et à l'égard des « pauvres » seulement, de délivrer des ordonnances ? Et ces ordonnances, un pharmacien est-il couvert de par la loi par le fait seul qu'il les exécute dans le sens indiqué par le jugement ?

M. le Procureur général près la cour de Douai ferait bien, selon nous, d'examiner les pièces du dossier et de faire reviser un jugement qui nous paraît illégal. »

Enfin, pour le jour où sera traitée à la Chambre la question de la grande réforme médicale que nous attendons depuis le commencement du siècle, il est nécessaire de réunir en un dossier les singuliers jugements de certains tribunaux.

En voici deux qui me concernent :

Le tribunal de H....., sans prendre la peine de nommer des experts, a réduit de 1.800 à 530 fr. la note de mes honoraires chez un riche célibataire pour une opération d'une énorme hernie étranglée, datant de 60 ans, ayant atteint le volume d'une tête d'homme. S'emparant d'une phrase extraite de la *Pratique journalière* de la chirurgie de Richard, le tribunal a déclaré que l'opération de la hernie étranglée était très *simple* et *très facile*. Le malade a succombé huit jours après.

Une opération d'hystérectomie pratiquée par mes confrères et qui a duré trois heures, la malade ayant succombé le lendemain, a coûté 2.400 fr. aux héritiers. Il est vrai que ceux-ci n'ont pas réclamé.

Ce qu'il y a de révoltant, c'est que le tribunal dont je vous parlais plus haut, *n'ayant jamais entendu parler* de l'article du code civil qui défend de rester dans l'indivision plus de cinq ans, nous a fait perdre une vingtaine de mille francs, de frais d'avocats, d'avoués et d'appel. De sorte qu'un très grand nombre de juges, irresponsables, font regretter le temps où on rendait la justice d'après le sort des dés et où Panurge déclarait que c'était encore ce qu'il y avait de plus sûr pour les plaideurs.

Dans l'autre jugement qui me concerne, le tribunal de L..., toujours sans s'en rapporter à l'expertise, n'a pas voulu m'accorder 430 fr. que je

réclamais pour avoir soigné pendant *deux mois* et guéri *complètement* un *riche industriel* demeurant à une lieue de chez moi, atteint d'une fracture du bras près de l'articulation du coude. Il a réduit ma note à 300 fr. et m'a condamné aux frais, de sorte que je n'ai touché que 115 francs.

Quelques mois après, ce même tribunal se déjugeait en accordant 500 fr. d'indemnité à un ouvrier de la même commune pour une fracture de jambe.

Agréez, etc.

Dr Dubois.

THÉRAPEUTIQUE

Papaïne et acide lactique dans la dyspepsie des petits enfants.

A la fin de son excellent article du 31 août sur les « Troubles digestifs des petits enfants, » M. le docteur P. Le Gendre conseille une potion chlorhydro-pepsique dont je ne conteste nullement l'efficacité, mais que j'ai vue généralement peu goûtée des jeunes enfants. Quand, à la suite d'une indigestion ou de troubles gastro-intestinaux plus graves, « l'alimentation est reprise régulièrement, » et même, un peu avant, alors que l'on a tant de peine à alimenter les petits malades sans réveiller les vomissements et la diarrhée, je conseille depuis quelque temps une autre potion tout aussi active et beaucoup plus agréable, que j'appelle « *lacto-papaïque* ».

J'ai toujours ordonné aux enfants, de préférence à la pepsine, *la papaïne*. Pour dissoudre cette substance qui se précipite très vite au fond de la bouteille, je formulais autrefois : acide chlorhydrique, *q. s.* Depuis que le professeur Hayem a démontré les heureux effets de *l'acide lactique* dans les diarrhées vertes, j'ai eu l'idée de combiner l'action microbicide de cet acide avec l'action digestive de la papaïne. Après des essais multiples qui me prouvèrent que la papaïne était soluble dans l'acide lactique, je suis parvenu à formuler une potion d'une grande efficacité et, qui plus est, *délicieuse au goût*.

La voici :

Papaïne pure............	0,50	centigr.
Acide lactique...........	2	gr.
Sirop simple.............	50	gr.
Eau distillée............	150	gr.
Teinture de vanille.......	q. s.	

dont on administre une cuillerée à café *immédiatement* après les tétées ou les biberons, et toutes les heures, dans l'intervalle. Quand l'enfant est très gravement atteint, et qu'il faut le remettre à la diète, je supprime la papaïne et augmente la quantité d'acide lactique, pour revenir à la préparation primitive, dès que l'enfant peut de nouveau boire du lait ou téter. — Les nombreux bébés à qui j'ai fait prendre cette potion l'ont tous acceptée avec plaisir, et en ont ressenti très vite les effets bienfaisants.

Dr G. Toussaint
(d'Argenteuil).

L'antipyrine comme hémostatique après avulsion des dents.

Le Dr *Marie*, de Saint-Aignan-sur-Cher, nous communique un fait qui confirme d'autres observations analogues publiées dans le *Concours* :

Il s'agit d'un enfant de 8 à 10 ans auquel une dent molaire avait été arrachée par son père avec un fil ; l'enfant remuant beaucoup, bien entendu, une hémorrhagie très abondante survint et dura 10 heures, et l'enfant avait des syncopes. On l'amène chez le pharmacien qui envoie chercher notre confrère ; celui-ci applique une boulette de coton imbibée d'antipyrine sur le siège de l'écoulement sanguin ; après un seul attouchement le sang s'arrête et ne repart pas malgré les efforts de vomissements que fit l'enfant en rejetant le sang qu'il avait avalé en abondance.

M. Marie a observé aussi de bons effets de l'antipyrine sur les gencives des diabétiques.

TRAVAUX ORIGINAUX

DEUXIÈME NOTE SUR LE TÉTANOS.

Trismus chez un homme frappé par la foudre

Par le Dr Lécuyer, de Beaurieux (Aisne).

J'ai publié dans le *Concours médical*, il y a quelques mois, une note sur cinq cas de tétanos observés dans ma clientèle depuis 1870.

A propos des discussions interminables sur l'origine équine ou tellurique du tétanos provoquées par l'intéressante communication à la Société de Chirurgie de mon ami le Dr Larger, de Maisons-Laffitte, et surtout par l'agitation faite autour de cette question par le professeur Verneuil, je disais en substance que cette question devait être mise à l'étude dans toutes les sociétés médicales, dans tous les journaux médicaux; que tous les praticiens devaient rendre compte des cas qu'ils avaient observés, ce qui ferait bien voir si la contagion est enfin de compte bien démontrée.

Je communiquai, donnant en cela l'exemple, à la Société de médecine de Reims mes observations. A cette séance le Dr Cherny nous dit qu'il avait vu pas mal d'enfants qui, ayant approché, ou ayant touché un cheval atteint de tétanos et ayant eu des écorchures, n'ont eu aucun symptôme tétanique.

Mon ami le médecin principal Weill, président de la Société, constata comme nos grands médecins militaires, Larrey, Bégin, Baudens, Sedillot, Legouest, etc., l'avaient fait avant lui, que l'apparition de cette affection coïncidait avec le passage brusque d'une température élevée à une bien plus froide et il cita le fait suivant.

Après la bataille de Sedan, il a vu dans une église qu'on avait transformée en ambulance trois mille blessés. Toutes les nuits, par suite des mauvaises conditions hygiéniques et des *portes* qui restaient *ouvertes* la nuit, il mourait 2 ou 3 hommes du tétanos.

Je ne saurais trop répéter les paroles du professeur Delorme, du Val-de-Grâce : « *C'est à l'action d'une cause agissant simultanément sur un certain nombre de blessés réunis qu'il faut rattacher les pseudo-épidémies tétaniques.* » Je crois qu'en l'état actuel de la science il faut s'en tenir là pour le moment. J'ai soigné dernièrement, et avec succès, un homme atteint de tétanos dans de singulières circonstances.

Le 11 juillet dernier, il faisait un violent orage à Saint-Erme. M. M., maire de Chaudardes, et l'instituteur du même pays, M. P., sortaient de la gare

quant, à environ 50 mètres, ils furent renversés par un coup de foudre.

Les personnes présentes vinrent immédiatement à leur secours. M. P., instituteur, avait été tué raide et M. M., sans connaissance, respirait encore, mais ne pouvait remuer ni bras ni jambes.

Après quelques soins, frictions sèches, éther, etc., au bout d'un quart d'heure, M. M. revint à lui reprit l'usage de ses membres et à part un violent mal de tête, finalement ne se ressentit de rien.

On le reconduisit chez lui et je fus aussitôt appelé.

M. M. me raconta qu'il ne se souvenait que d'une chose: c'était une sensation analogue à celle d'un fort coup de bâton sur le derrière de la tête qui l'avait projeté en avant et c'était tout.

Cette projection en avant avait été si violente qu'il avait au menton une plaie linéaire de six centimètres de long n'intéressant du reste que l'épiderme et qui guérit toute seule en 48 heures par réunion immédiate.

Le 21 juillet, dix jours après l'accident, je fus appelé de nouveau et je constatai chez mon malade, un *trismus* très violent avec une constipation excessive. J'ordonnai un purgatif qui fit très bon effet et des frictions fortement opiacées.

De plus je l'installai dans une grande chambre, à l'abri du bruit et dans l'obscurité la plus complète; je fis entretenir une chaleur humide constante, au moyen d'abord d'un feu de cheminée et ensuite, au milieu de la chambre une marmite d'eau bouillante contenant des plantes aromatiques. Au bout d'une quinzaine de jours, la guérison était complète.

Pour moi, je n'hésite pas à croire que la cause de ce tétanos (1), c'est l'ébranlement des centres nerveux par le coup de foudre.

La nouvelle école voudrait peut-être me faire croire que, par la plaie du menton en contact avec la terre, ont pu s'introduire subrepticement quelques microbes, micrococques, bacilles quelconques. Je pourrai répondre à cela qu'il faudrait qu'ils y eussent mis une bonne volonté énorme, car la plaie a été bien lavée par une pluie diluvienne qui n'a cessé de tomber tout le temps du séjour de M. M. sur la terre.

J'ajoute que mon malade n'a été le point de départ d'aucune épidémie.

Membre du Congrès d'hygiène, tenu dernièrement à Paris, j'ai suivi avec intérêt tout ce qui a été dit sur l'étiologie du tétanos, et franchement, j'avoue que je suis avancé maintenant autant qu'avant le Congrès.

Vallin dit que l'inoculation des couches superficielles du sol produit chez la souris le tétanos, et que journellement on voit des individus ayant des plaies, restant en rapport avec la terre, en étant même couverts, n'ayant aucunement le tétanos. *Contradiction entre la pratique et l'expérimentation.*

Le Dr Crocq cite des cas où la nécessité d'une plaie antérieure n'est pas indispensable; j'en ai cité également dans mon premier mémoire, et il dé-

(1) Dans le cas dont parle notre confrère, il ne semble pas que le diagnostic tétanos soit indiscutable, du moins si on prend ce mot dans son sens nosologique et non dans le sens séméiotique. La contracture des masséters chez un individu qui a été soumis à un aussi violent ébranlement nerveux que le coup de foudre ne peut être comparée à la maladie désignée couramment par le nom de tétanos.

(*Note de la Rédaction*).

mande comme moi : Comment dans ces cas peut-on faire intervenir la souillure de la plaie qui n'existait pas et la terre chargée de microbes ? *Contradiction entre la théorie et l'observation !*

Cornil est obligé d'avouer que bien des inconnues existent dans l'histoire du tétanos et que son étiologie est bien obscure encore aujourd'hui.

Le bacille de Nicolaïer paraît, *suivant lui*, en être le microbe et cependant il s'étonne que, cultivé à l'état de pureté et inoculé, il ne donne pas toujours lieu au tétanos.

Contradiction entre les diverses expériences !

Chantemesse a fait des expériences et pour lui le microbe de Nicolaïer n'est pas l'agent pathogène du tétanos; il ne peut le produire à lui seul, mais il a besoin de trouver un terrain préparé par la vie d'autres microbes. Peut-être le tétanos n'est-il que la résultante de la virulence de plusieurs micro-organismes.

Contradiction entre les divers expérimentateurs !

Qui croire, et que croire dans toutes ces contradictions ?

J'appelle de nouveau l'attention des praticiens sur cette question.

La médecine est surtout une science d'observation et c'est en réunissant un grand nombre de cas bien observés, en les classant, qu'on pourra, je crois, arriver à connaître l'étiologie du tétanos, et cela beaucoup mieux qu'en inoculant des bacilles telluriques à des souris et à des cobayes.

Nous devons applaudir quand même, je me hâte de le dire, les savants qui cherchent dans l'étude si ardue des infiniment petits, à connaître les causes des maladies, à une condition pourtant, c'est qu'ils tiennent le plus grand compte de l'observation directe des faits par les praticiens.

Dr H. Lécuyer,
de Beaurieux (Aisne).

Du traitement par la divulsion progressive des rétrécissements de l'urèthre rebelles à la dilatation.

Les rétrécissements de l'urèthre qui résistent à la dilatation sont traités soit par la divulsion brusque, soit par l'uréthrotomie ou l'électrolyse. Bien que ces opérations soient actuellement beaucoup moins dangereuses qu'autrefois, grâce aux progrès réalisés par l'antisepsie, elles présentent cependant encore une certaine gravité. De plus, ce n'est jamais impunément que l'on détermine la formation d'un tissu cicatriciel au niveau du canal uréthral, lors même qu'il s'agit d'une cicatrice consécutive à une cautérisation alcaline. J'ai montré, dans une communication que j'ai faite cette année à l'Académie de Médecine, qu'après l'application de l'électrolyse même linéaire, les rétrécissements de l'urèthre sont moins dilatables qu'avant cette opération. Il était donc logique, puisque la cure radicale de ces rétrécissements n'a pu jusqu'à présent être réalisée par aucun des procédés de force que je viens d'indiquer, de chercher à remplacer ceux-ci par un procédé qui fût aussi efficace, tout en présentant une extrême bénignité. Eh bien, je crois que ce résultat est obtenu par la *divulsion progressive*.

Comme son nom l'indique, cette opération diffère de la divulsion brusque en ce qu'au lieu de donner un gros calibre à l'urèthre rétréci dans une séance, elle ne permet d'arriver à ce résul-

tat que progressivement, après plusieurs séances successives.

La *divulsion progressive* peut être faite avec toutes les bougies métalliques munies d'un conducteur; mais on doit choisir de préférence les cathéters à extrémité conique. Ceux-ci s'engagent mieux dans les rétrécissements et ne produisent pas ce ressaut brusque que donnent les bougies cylindriques au niveau du point où se visse le conducteur. En outre, Voillemier a montré que pour faire une bonne divulsion, il faut employer un instrument cylindrique et qui conserve sa forme en augmentant de volume, afin que son action soit répartie également sur tous les points de la circonférence de l'urèthre. Or, les cathéters coniques remplissent ces deux conditions : un cône n'est en effet qu'un cylindre dont le diamètre augmente progressivement.

L'instrument que je préfère pour faire la *divulsion progressive* est le cathéter métallique suivant, qui a été construit sur mes indications. Il a la forme de la bougie Béniqué, mais il est conique à son extrémité dans une étendue de deux centimètres. Il est creux, pour laisser passer la bougie conductrice, comme le cathéter de M. le professeur Le Fort modifié par Langlebert. La partie conique de ce dernier instrument est trop longue. Pour agir avec la partie cylindrique sur un rétrécissement siégeant au niveau de la partie courbe de l'urèthre, il faut l'enfoncer profondément. Or, si cette manœuvre n'est pas exécutée avec beaucoup de prudence, on peut blesser la paroi antérieure de la vessie ; du reste, la bougie de M. Le Fort a été construite pour faire la dilatation et non la divulsion. Entre la *dilatation immédiate progressive* et la *divulsion progressive*, il y a en effet cette différence que l'une est un procédé de douceur, tandis que l'autre est un procédé de force. Dans le premier cas, on s'arrête si l'on sent une certaine résistance ; dans le second cas, au contraire, on passe outre de propos délibéré. On a donc beaucoup plus de chance de blesser la vessie avec cet instrument en faisant la *divulsion progressive* qu'en pratiquant la *dilatation immédiate progressive*. Voilà la principale raison qui m'a engagé à modifier, pour faire la divulsion, la bougie de M. Le Fort, qui n'en reste pas moins un excellent instrument pour la dilatation.

J'ai adopté la modification de Langlebert pour la bougie conductrice parce que je crois que l'on a moins à craindre de voir ainsi cette bougie rester dans la vessie, ce qui arrive trop souvent lorsqu'elle est simplement vissée à l'extrémité des cathéters.

Quant à la série que j'ai choisie, elle est à peu près la même que celle de M. Le Fort. Elle se compose des nos 25, 30, 36 et 43 de la filière au sixième de millimètre. L'extrémité conique des deux plus petits cathéters répond au n° 10 et l'extrémité conique des deux cathéters les plus volumineux, au n° 12.

Voici comment se pratique la *divulsion progressive* avec ces instruments. Lorsqu'on a tenté la dilatation temporaire et la dilatation permanente, si l'on se trouve arrêté par la résistance, la dureté du rétrécissement, on laisse encore 24 heures une bougie à demeure. Il est bien entendu que l'on a soin de faire auparavant une antisepsie rigoureuse de l'urèthre et de la vessie d'après le procédé que j'ai décrit, en 1887, dans une première communication à l'Académie de médecine, et que je n'ai pas à rappeler ici. Au bout de 24 heures, on retire la bougie, on prend les mêmes précautions antiseptiques que la veille et l'on injecte *sans sonde* dans le réservoir urinaire une quantité d'eau boriquée un peu inférieure à la quantité que l'on sait nécessaire pour déterminer chez le malade le besoin d'uriner. Cette précaution a surtout pour but d'éloigner autant que possible la paroi antérieure de la vessie de l'extrémité du cathéter conique muni de sa bougie conductrice, afin d'éviter toute irritation du réservoir urinaire.

Après avoir pris tous ces soins préliminaires, après avoir rendu parfaitement aseptiques les instruments qui doivent servir à la *divulsion progressive* et les avoir enduits de vaseline boriquée, on introduit l'une des moitiés de la bougie conductrice dans l'urèthre et jusque dans la vessie, puis on passe l'autre moitié dans la cavité que présente le cathéter conique qui a été choisi. La base du petit arrêt métallique conique situé à la partie moyenne de la bougie conductrice doit se trouver en contact immédiat avec l'extrémité du cathéter au moment où l'on fixe cette bougie. On se place ensuite à la gauche du malade et l'on pratique le cathétérisme suivant les règles habituelles jusqu'au niveau du rétrécissement, dans lequel on engage l'extrémité conique de la bougie métallique. On achève alors le cathétérisme en introduisant de force cette bougie dans l'urèthre postérieur et la vessie. Ce dernier temps de l'opération doit être exécuté sans brusquerie, mais avec une pression continue ; c'est le plus important. On retire ensuite le cathéter avec sa bougie conductrice.

La divulsion ainsi pratiquée, ne présente guère plus de difficulté que le cathétérisme exécuté avec les bougies Béniqué.

Après l'opération, on dit au malade d'uriner, puis on lui fait deux nouvelles injections intravésicales *sans sonde* d'eau boriquée à la température de 40 degrés et on le laisse au repos. Ces injections diminuent notablement l'irritation produite par l'instrument.

Si l'on a lieu de craindre une rétention d'urine, on met une sonde à demeure. Lorsqu'il existe de la cystite, on fait plusieurs lavages boriqués dans les 24 heures.

Le lendemain, on remet une bougie à demeure et 24 heures plus tard on pratique de nouveau la divulsion en suivant les mêmes règles.

Les séances suivantes se font également à deux ou trois jours d'intervalle et toujours d'après le même procédé. Il ne reste plus ensuite qu'à maintenir le calibre du canal en passant régulièrement des bougies.

Le traumatisme produit par la *divulsion progressive* est très léger : il ne s'écoule, en effet, que quelques gouttes de sang après chaque séance, et l'on ne constate jamais ni infiltration d'urine, ni irritation uréthrale persistante. Je n'ai jamais vu se produire d'orchite à la suite de cette opération, qui est tellement bénigne que j'en suis arrivé à la pratiquer à ma clinique. Dans ces cas, les malades ne gardent pas le repos absolu et ils n'ont point tous les soins que j'ai pu donner à ceux de l'hôpital. Il est vrai que chez eux j'ai constaté assez souvent de légers accès fébriles, qui ont cédé du reste immédiatement à de faibles doses de sulfate de quinine.

Quant à la douleur, elle est bien moins vive que dans la divulsion brusque et l'uréthrotomie.

Elle peut encore être notablement atténuée à l'aide de la cocaïne.

La durée du traitement est de huit jours, au bout desquels les malades peuvent reprendre leurs occupations.

Lorsqu'on a fait les quatre séances de *divulsion progressive*, le canal peut être maintenu facilement au nº 20.

Voyons maintenant quelles sont les indications de la *divulsion progressive*. Si l'on tenait seulement compte de cette particularité qu'un certain nombre de rétrécis peuvent vivre assez longtemps sans présenter de complications avec un canal n'admettant facilement qu'un nº 10 ou 11, on pourrait presque dire aujourd'hui que tous les rétrécissements de l'urèthre peuvent être dilatés. C'est là un fait de la plus haute importance sur lequel je désire appeler tout particulièrement l'attention, et que nous devons aux progrès réalisés par l'antisepsie directe des voies urinaires, progrès auxquels je suis fier d'avoir largement contribué.

Depuis la communication que j'ai faite sur ce sujet, en 1887, à l'Académie de médecine, et qui a été ensuite publiée par les *Archives générales de médecine*, les nombreux cas de rétrécissement que j'ai observés, ont pleinement confirmé les résultats de mes premières recherches. J'ai recueilli dans divers hopitaux de Paris et à ma clinique, 92 nouvelles observations, ce qui porte à 103 le nombre des rétrécissements de l'urèthre que j'ai traités jusqu'à ce jour. J'ai rencontré à peu près toutes les complications qui peuvent se produire dans cette affection ; j'ai eu à soigner des cas d'une gravité extrême, dont on pourra se rendre compte en lisant ma thèse, et le travail que je citais tout à l'heure. Un certain nombre de ces observations seront également publiées dans les leçons cliniques de mon éminent maître M. Péan. Eh bien, je n'ai dû recourir qu'une fois à la *divulsion progressive* avant d'avoir préalablement dilaté le canal jusqu'au nº 10. Je n'ai cependant pas perdu un seul malade de sa stricture uréthrale ; je n'ai même pas eu un seul accident grave.

Mais est-il bien prudent de la part d'un malade de se contenter d'une dilatation aussi faible que celle dont il s'agit ? Evidemment non : les rétrécis ont tout avantage à obtenir une dilatation du canal aussi considérable que possible. Ils doivent pouvoir se passer assez facilement, au moins une bougie en gomme nº 20. Donc toutes les fois que la dilatation ne permet pas de donner à l'urèthre un calibre supérieur au nº 10, il faut recourir à la *divulsion progressive*. Lorsqu'on arrive avec la dilatation à passer un nº 15, on peut s'en tenir là ; il y a cependant avantage à faire encore la divulsion progressive, de façon à pouvoir introduire facilement une bougie en gomme nº 20.

Voilà, il me semble, les règles qu'il est logique de suivre.

Malheureusement, il n'est pas toujours possible de convaincre les malades. Sur les 103 cas que je viens de citer, je n'ai fait que dix fois la *divulsion progressive*. Eh bien, dans douze autres cas, elle était indiquée par le calibre du canal, qui était inférieur au nº 15, mais les malades n'ont pas voulu l'accepter, sous prétexte qu'ils allaient bien, et qu'ils n'avaient plus de complications.

La *divulsion progressive* a-t-elle des contre-indications ? Oui. D'abord, on ne doit l'employer qu'après avoir employé toutes les ressources de la dilatation temporaire et permanente. Mais, dira-t-on, si le rétrécissement est très serré et qu'il existe de grands accidents urinaires, ceux-ci disparaissent ordinairement très vite si l'on donne de suite au canal un certain calibre. Je ne le conteste pas ; mais c'est aussi dans ces conditions que l'on a vu les malades mourir après l'application des procédés de force. Je sais bien que la *divulsion progressive* produit un traumatisme infiniment moindre que celui des autres méthodes de force ; cependant, ce traumatisme existe, et il favorise la pénétration dans l'organisme, des éléments septiques contenus dans l'urine. Enfin, il y a une autre raison capitale à cette contre-indication : c'est que les grands accidents urinaires cessent aussi très rapidement, si l'on se contente de placer une bougie à demeure, et de faire une antisepsie rigoureuse de l'urèthre et de la vessie. Je n'ai pratiqué qu'une fois, je le répète, la *divulsion progressive* d'urgence. C'était chez un tuberculeux dont le rétrécissement était resté plusieurs jours infranchissable. Bien que je n'aie pas eu à m'en repentir, je persiste à considérer cette intervention rapide comme devant être exceptionnelle.

Lorsqu'il existe une cystite intense, il est bon également de ne faire la *divulsion progressive* qu'après avoir amélioré l'état de la muqueuse vésicale, ce que l'on obtient très rapidement à l'aide de lavages de la vessie sans sonde, avec une solution boriquée à 4 %.

Les rétrécissements traumatiques, ne doivent pas faire rejeter *a priori* ce procédé, qui m'a réussi d'une façon complète dans un cas de ce genre, chez un malade de l'hôpital Saint-Louis.

Telle est l'opération à laquelle j'ai donné le nom de *divulsion progressive*. C'est une opération simple, très efficace, on vient de le voir, et d'une extrême bénignité. Il me semble superflu d'insister sur les grands avantages qu'elle présente sur toutes les autres méthodes de force, dont les indications deviennent ainsi tout à fait exceptionnelles.

Dr H. Lavaux,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

VARIÉTÉS

La saignée dans la grossesse.

Saignée pendant la grossesse. — Hippocrate a dit, en l'aphor. 31 du livre 5 : *Mulier in utero ferens, sectâ venâ, abortit, eoque magis, si sit fœtus grandior.* « Si on saigne la femme grosse, elle avorte, et d'autant plus tôt que l'enfant est plus grand. »

Ce précepte, méconnu jusqu'en ces derniers temps, est fort en honneur de nos jours. Sa vogue est due à de nombreuses raisons, parmi lesquelles on aurait tort d'omettre une raison majeure, signalée à l'Académie de médecine de Belgique, par M. le Dr Willems (*Bulletin*, 1888), et qui rappelle le reproche adressé par Philippe II à ses médecins : « Vous *avez peur* de tirer quelques onces de sang à un prince qui en a fait couler des flots ». (*Essai de littérature anglaise*, par de Chateaubriand, t. I, p. 259).

Jusqu'en ces derniers temps, les femmes enceintes, se conformant à un ancien usage, se fai-

saientsaigner à mi-terme et au septième mois. Cette pratique a donné lieu à d'étranges abus : il n'était pas rare, au siècle dernier, de rencontrer des femmes qui avaient été saignées jusque neuf et dix fois pendant leur grossesse, et qui accouchaient heureusement à terme d'un enfant bien portant.

Mauriceau cite deux exemples remarquables de saignée à outrance. « Le premier est de la femme de M. Jamot, mon confrère, qu'il m'a dit avoir saignée quarante-huit fois durant tout le cours d'une seule grossesse, savoir : quarante-cinq fois du bras, deux fois du pied et une fois à la gorge.. nonobstant quoi elle ne laissa pas d'accoucher heureusement à terme d'un enfant qui se portait bien ».

« Le second exemple est d'une jeune femme de dix-huit ans, que je vis le 31 mars 1688, qui était heureusement accouchée à terme depuis trois mois de son premier enfant, qui était un garçon, qui se portait assez bien et elle aussi, quoiqu'elle eût été saignée quatre-vingt-dix fois dans tout le temps de sa grossesse et, notamment, vingt-deux fois du bras, par l'ordonnance d'un célèbre médecin, étant dans le huitième mois de sa grossesse, et même deux fois du pied ».

« Je n'allègue pas ces deux prodigieux exemples, — ajoute sagement notre auteur — pour en « approuver la pratique, qui est fort blâmable, « mais seulement pour faire connaître jusqu'à « quel point certaines femmes grosses peuvent « supporter la saignée ». (*Des maladies des femmes grosses*, livr. I, p. 128, édit. de M. DCC.XL).

C'est aussi notre sentiment, mais ce qui nous déconcerte, c'est de voir que les médications les plus extravagantes n'entraînent pas à leur suite des accidents évidents.

S. H.

Sortie de l'accouchée et de l'enfant.

1° En se plaçant au point de vue de la santé et de la fécondité ultérieure de la femme, combien de jours faut-il la tenir au lit après l'accouchement ? et combien de jours à la chambre avant toute sortie ?

MM. Budin, Maygrier, Pinard et Porak, ont répondu :

La femme ne doit se lever que lorsque l'utérus est redevenu un organe pelvien, c'est-à-dire après 18 à 25 jours ; elle ne doit pas sortir avant la fin de la 4e ou même de la 5e semaine.

2° Combien de jours après sa naissance faut-il laisser sortir l'enfant au grand air ?

L'enfant ne doit être sorti qu'après 8 ou 10 jours en été, quand la cicatrisation de la plaie ombilicale est parfaite. Il faut le garder à la chambre, en hiver, 15 à 30 jours, suivant les cas et ne le sortir que si la température est un peu douce (environ 8°).

REPORTAGE MÉDICAL

Les annonces ne trouvent jamais leurs colonnes d'Hercule en matière d'insanité. Mais je ne crois pas qu'on ait encore dépassé, comme fantaisie drôlatique, celle que nous nous sommes empressé de transcrire à l'intention de nos lecteurs. La voici telle quelle.

Elle émane d'un oculiste-opticien dont elle vante ainsi la spécialité :

Le seul œil artificiel
ADOPTÉ PAR LES GENS DU MONDE
EST L'ŒIL ***
A EXPRESSIONS VARIÉES

(*Union médicale.*)

Un singulier exploit d'hypnotiseur. — Le tribunal d'Helsingborg vient d'être le théâtre d'une affaire très curieuse.

Un jeune étudiant en médecine avait porté plainte contre un médecin de la ville, parce que celui-ci l'avait hypnotisé à plusieurs reprises sans autorisation ; il serait résulté de ces opérations une altération fâcheuse de son système nerveux et un affaiblissement de ses facultés mentales. De nombreux témoins étaient cités par le plaignant.

A la grande surprise du tribunal, les témoins, non seulement se contredisaient absolument entre eux, mais racontaient les choses les plus invraisemblables et les plus contradictoires. Personne n'y comprenait rien. Enfin, un médecin, témoin également, vint déclarer devant les juges que son confrère avait hypnotisé tous les témoins et leur avait suggéré les déclarations qu'ils venaient de faire.

Le tribunal n'a pas voulu continuer l'audience et a ajourné l'affaire pour la faire examiner par quelques sommités médicales.

(*Le Temps.*)

Un Bicycliste en vacances. — Un membre de la Ligue nous communique la note ci-jointe sur les frais d'une charmante excursion qu'il a faite en bicycle de Paris au Mont-Saint-Michel et Granville, autour de l'île de Jersey et retour à Paris. Nous la publions à titre de curiosité, parce qu'elle montre quels résultats on peut obtenir pour le bien de l'esprit et du corps, avec une petite somme d'argent intelligemment appliquée :

1re journée...	De Paris à Dreux et de Dreux à Alençon. Frais.......Fr.	6 40
2e — ...	D'Alençon à Vitré........	5 50
3e — ...	De Vitré au Mont-Saint-Michel, visite du Mont	8 »
4e — ...	Du Mont-Saint-Michel à Granville..............	6 50
5e — ...	De Granville à Jersey (bateau à vapeur)...........	6 »
	Transport du bicycle....	2 »
6e — ...	Un jour à Jersey.........	6 30
7e — ...	Tour de l'île en bicycle....	8 »
8e — ...	De Jersey à Granville (bateau à vapeur)...........	8 »
9e — ...	De Granville à Caen (chemin de fer)..............	9 45
	De Caen à Lisieux (bicycle)	4 50
10e — ...	De Lisieux à Dreux en bicycle, en chemin de fer de Dreux à Mantes, et rentrée à Paris en bicycle...	6 60
		77 80

Total : 77 fr. 80, pour un délicieux voyage de dix jours, c'est-à-dire 10 fr. 78 par jour, tous frais compris.

(Extrait du *Bulletin de la ligue nationale de l'éducation physique.*)

Varia de Simplissime. — Il y a des médecins austères. Il y en a de folâtres. C'est le cas du doc-

teur B. Il a toujours des euphémismes pour les circonstances lugubres. L'autre jour il voit entrer chez lui un neveu à héritage, dont il a soigné l'oncle, — qui en est mort.

Et d'un ton jovial :

« Ah ! ah ! mon gaillard ... vous venez me faire votre visite de digestion !.... »

— En voici une autre, tout ce qu'il y a de plus authentique :

Un bon villageois se présente chez le pharmacien d'une petite ville des environs de Paris. Il tient à la main un papier.

« Serviteur, Monsieur.... Voilà une ordonnance que le médecin vient de faire pour ma pauvre femme ; mais comme les affaires ne vont pas pour le moment, ne me mettez que la moitié de ce qu'il y a là-dessus !.... »

— Du même à un autre :

Un des derniers représentants de l'école du Débraillé est tombé malade..... si sérieusement malade que, ma foi, on s'est décidé à aller quérir un médecin du voisinage.

L'Esculape du quartier arrive, palpe, examine.

« C'est de l'inflammation..... Ce ne sera rien..... Mais il faut que vous preniez un bain.

— Pardon..... vous savez, docteur..... je n'aime pas à me droguer. »

(*Union médicale*).

— Divers journaux, entr'autres le *Matin*, la *République française*, etc., ont bien voulu reproduire la note suivante que nous leur avions adressée ; nous les en remercions :

« Hier soir a eu lieu, au Grand-Hôtel, l'assemblée générale annuelle de la Société du *Concours médical* et de *l'Union des syndicats médicaux*, qui comptent plus de cinq mille médecins répartis par toute la France.

« Ces deux Sociétés réclament des Chambres la mise à leur ordre du jour de la revision de la législation médicale, que le corps médical poursuit depuis plus de cinquante ans.

« L'Union des syndicats médicaux voudrait obtenir des Chambres une interprétation de la loi sur les syndicats professionnels plus large que celle que lui a appliquée la cour de cassation, qui refuse aux médecins le droit de s'associer sous la forme syndicale.

Le journal le *Gil Blas* a été beaucoup trop élogieux. Nous en adressons nos remerciements à notre excellent confrère *Monin* qui nous a habitué à des appréciations toujours si bienveillantes.

Voici l'entrefilet que nous consacre le *Gil-Blas* :

La réunion du Concours médical. — Hier, a eu lieu l'assemblée générale annuelle du Concours médical, association civile de plus de trois mille médecins, comprenant l'élite du corps médical français. L'âme de cette association est, on le sait, le docteur Cézilly, auquel on doit l'étude des principales réformes sur l'exercice de la médecine, la fondation des caisses de pensions et des pupilles du corps médical, la prospérité des syndicats professionnels, etc., etc. Il s'agit, en un mot, de l'un de ces esprits d'élite, qui se consacrent entièrement au triomphe d'une cause. Et quelle plus noble cause que celle de ces obscurs héros du travail qu'on appelle les médecins de campagne ?

« Au banquet du Concours médical, de nombreux toasts ont été portés par MM. Franck-Chauveau, sénateur, Chevandier, député, Dr Barat-Dulaurier, Dr Lardier, Chastenet, Dr Gibert, Dr Gassot, Dr Monin, Dr Maurat, etc., etc.

« Les praticiens de Paris étaient largement représentés à la séance.

« On s'est séparé vers minuit, après avoir admiré les projections très réussies du docteur Labonne, le jeune et savant explorateur de l'Islande et des Fœroës ».

Ces reproductions nous sont inspirées par la proposition de M. le Dr *Toussaint* qui demandait de consacrer une partie de nos disponibilités à faire connaître par la presse politique les œuvres du Concours médical et de l'Union des Syndicats. Nous préférons faire appel à la bonne volonté de nombre de membres de nos sociétés qui ont accès auprès des divers organes de la presse. Nous les prions, lorsqu'ils publient une note qui nous intéresse, de prendre le soin de nous adresser un no du journal.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Les sciences biologiques en 1889, *médecine, hygiène, anthropologie, sciences naturelles*, etc., publiées sous la direction de MM. Charcot, Léon Colin, V. Cornil, Duclaux, Dujardin-Beaumetz, Gariel, Marey, Mathias-Duval, Planchon, Topinard, Trélat. — Troisième livraison.

Sommaire de la 3e *livraison* : Considérations sur l'hygiène infantile ancienne et moderne, par M. le Dr Auvard. — L'anatomie pathologique et ses progrès de 1789 à nos jours, par M. le Dr Greffier. — La météorologie et les appareils enregistreurs, par M. C. M. Gariel. — L'hygiène navale en 1889, par M. G. Treille. — Coup d'œil historique sur les idées dominantes en zoologie depuis l'antiquité jusqu'en 1889, par M. le Dr Henry Labonne (*suite*).

Prix de la livraison 1 fr. 25. L'ouvrage complet au prix de 30 fr. ; pour les souscripteurs, 20 % de remise.

Les Français d'Afrique et le traitement des indigènes, par P. Dumas. Prix 2 fr. 50.

« Il faudrait qu'en France on en finît avec des préjugés hautains et cruels. Notre colonie n'est plus, en somme, qu'un tronçon de la France séparé de nous par un grand lac qu'il est enfantin et peu dispendieux de franchir. » Cette phrase résume le livre très intéressant fait par M. Dumas sur notre colonie algérienne.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Jasienski, de Paris, présenté par M. le docteur Monnel, de Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le docteur Vauthier, de Troyes (Aube), membre du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André,
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

SOCIÉTÉ DU « CONCOURS MÉDICAL »

ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DU 20 OCTOBRE 1889

L'assemblée générale des délégués de l'*Union des Syndicats médicaux de France* et celle des membres de la *Société civile du Concours médical* ont eu lieu le dimanche 20 octobre, à 2 heures de l'après-midi, au Grand-Hôtel, boulevard des Italiens.

PREMIÈRE SÉANCE

Séance de l'Union des Syndicats.

La séance a été inaugurée par le Président en exercice, M. le Dr Leroy, de Villiers-le-Bel, assisté des membres du Bureau de l'Union, MM. Cézilly, vice-président, Destrem et Barat-Dulaurier, secrétaire général-trésorier, directeur du *Bulletin des Syndicats*. A pris place également au bureau, M. le Dr Gibert, président honoraire de l'Union.

L'Assemblée, consultée par le président, désigne pour assesseurs, MM. Maréchal, du syndicat de Brest, et Porson, du syndicat de la Loire-Inférieure, qui prennent place au bureau avec M. Chastenet, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel, conseil judiciaire de l'Union.

M. le Dr Leroy s'exprime en ces termes :

Allocution du Président.

Messieurs et chers confrères,

« Je suis heureux de constater que nos *associations syndicales* ont continué à progresser, et je félicite les délégués qui viennent à nos réunions des points les plus éloignés de la France ; leur présence ici montre combien l'étude des questions d'intérêt professionnel occupe vivement tout le corps médical.

Je suis convaincu que dans les conditions d'existence de nos sociétés modernes, les associations entre médecins sont d'une absolue nécessité. Autour de nous, se groupent et s'organisent des forces de toutes sortes, sous le nom de sociétés, de compagnies, d'associations, de syndicats.

Après la période d'individualisme qui a succédé à la destruction des anciennes corporations, trop peu soucieuses des libertés individuelles, on a compris le danger de la lutte à outrance entre les individus. La nécessité de reformer des groupes d'intérêts semblables a été démontrée.

Les médecins pourront-ils seuls rester isolés au milieu de toutes ces forces associées ? Leurs intérêts ne seront-ils pas sacrifiés ? La démonstration n'en est plus à faire, le danger est imminent.

Deux formes d'association pourraient grouper les forces vives du corps médical : l'une, autoritaire, conduirait peut-être plus sûrement au but, c'est l'*Ordre des médecins* ; l'autre, libérale, convient mieux à l'esprit libre et indépendant des membres de notre profession, c'est le *Syndicat*.

Personne n'est obligé d'en faire partie ; il ne demande à chacun de nous qu'une part bien minime de son indépendance : l'acceptation d'un tarif d'honoraires qui n'a rien d'absolu, mais dont chacun se rapproche le plus possible ; quelques règles bien simples de déontologie, et des réunions amicales qui apprennent à mieux se connaître entre confrères voisins et peu à peu émoussent les angles trop aigus.

Je reconnais cependant que cette forme d'association entre médecins a présenté de grandes difficultés ; en outre des conflits d'intérêts communs à toutes les professions, nous avons entre nous des conflits d'amour-propre bien autrement ardents ; de plus, les loisirs nous manquent pour assister fréquemment à des réunions confraternelles qui sont la vie de nos associations ; enfin, par-dessus tout, ce sont les médecins dissidents, qui, en séparant leurs intérêts de ceux de la communauté, annihilent les avantages que peuvent produire les syndicats.

Pourquoi ne trouverions-nous pas dans le corps médical le même esprit de solidarité qui unit d'au-

tres travailleurs ? Quand ils croient avoir à faire des revendications légitimes, ils savent s'unir et sacrifier, au prix de dures privations, leur intérêt propre à celui de la corporation.

Regardons bien en face ces difficultés, elles seront toutes résolues si nous arrivons à rallier les confrères dissidents ; faisons, au nom de l'Union des Syndicats, un nouvel appel à tous les médecins de France, nous montrerons que le corps médical sait prouver ses idées libérales autrement que par de vaines phrases, et que l'accord peut régner entre nous sans l'obligation et la contrainte imposées par l'Ordre des médecins. Ce sera, Messieurs, pour moi un grand honneur d'avoir été l'un des initiateurs de cette œuvre de salut dont la réalisation immédiate s'impose au corps médical. »

L'allocution du président est accueillie par les applaudissements de l'Assemblée.

M. Leroy invite ses collègues à vouloir bien procéder, comme toutes les années, au renouvellement du Bureau. Il rappelle la tradition qui veut qu'en règle générale un nouveau président de l'Union soit élu chaque année.

Le Président demande alors à l'Assemblée la faculté pour l'ancien Bureau de lui proposer un candidat à la Présidence. (Assentiment général).

M. le Président Leroy propose alors M. le Dr *Barat-Dulaurier* qui, depuis 1884, occupe les pénibles fonctions de secrétaire-trésorier de l'œuvre.

Sa proposition est accueillie par des applaudissements unanimes. Il propose ensuite de maintenir comme vice-président M. Cézilly, et M. Destrem comme membre du bureau de l'Union. — Adopté.

M. Leroy fait part de la démission pour motifs privés de M. le Dr Millet. Il propose pour son remplacement M. le Dr Lardier, de Rambervilliers, président du Syndicat des Vosges. (Assentiment général).

M. *Lardier* prend place au Bureau.

En remplacement de M. Dulaurier, comme secrétaire général de l'Union, M. Leroy demande la nomination de deux secrétaires : sont nommés MM. Maurat, secrétaire général et Lécuyer, secrétaire adjoint.

Le bureau étant ainsi constitué, M. Leroy cède le fauteuil de la Présidence à son successeur.

M. Barat-Dulaurier, au nom du bureau nouvellement élu, remercie l'Assemblée des marques de sympathie dont elle vient de donner *des preuves* éclatantes à chacun des membres qui le composent. Les délégués des syndicats peuvent assurer leurs mandants, qu'en toute circonstance, le bureau de l'Union saura montrer son dévouement au corps médical et en défendre énergiquement les droits comme les intérêts. Il demande en outre à l'assemblée de vouloir bien donner à son prédécesseur, M. Leroy, une preuve de sa reconnaissance pour le zéle qu'il a déployé dans l'accomplissement de ses fonctions en lui conférant le titre de Président honoraire de l'Union des Syndicats.

Cette proposition est accueillie avec les plus grandes marques de faveur. En conséquence, M. Leroy est proclamé Président honoraire.

M. Barat-Dulaurier invite M. Cézilly à prendre le fauteuil de la Présidence pendant la lecture de son rapport annuel et pendant l'exposé de la situation financière qu'il doit faire comme secrétaire général trésorier pendant l'année écoulée. Puis il s'exprime en ces termes :

Compte rendu du secrétaire général.

Messieurs,

« L'année qui vient de s'écouler, a marqué, pour les Syndicats médicaux, une période de rénovation et de travail sérieux. Ils paraissent être définitivement entrés dans la voie naturelle où ils devaient s'engager pour donner satisfaction au corps médical dont ils ont mission de défendre les intérêts et à la société dont chacun de nous a une partie des charges à supporter. Mais, avant de m'engager au cœur même des considérations que je désire vous soumettre, permettez-moi de souhaiter, en votre nom, la bienvenue aux nouveaux adhérents : les syndicats de la Vienne, d'Arles, de l'Hérault, de Roanne.

Félicitons-nous aussi du retour du syndicat de La Rochelle qui, après s'être retiré de l'Union, lors de l'arrêt de la cour de Cassation dans l'affaire de Domfront, nous est revenu récemment.

La question qui a le plus vivement préoccupé le corps médical dans le courant de cette année est assurément celle qui a trait à la médecine publique. Protection des enfants du premier âge, enfants assistés, médecine des indigents, vaccinations et revaccinations, inspection médicale des écoles : tels ont été les principaux sujets qui, après les questions d'ordre intérieur, ont été étudiés avec le plus de sollicitude par nos syndicats. Vous n'avez qu'à jeter un coup d'œil sur les comptes rendus qui nous ont été envoyés et vous pourrez vous assurer du zéle, du tact, de la prudence dont nos sociétés ont fait preuve dans les discussions auxquelles elles se sont livrées. Que vous parcouriez les travaux des syndicats de la Haute-Saône, de la Vienne, des Basses-Cévennes, de la vallée de l'Hérault, de Pontoise, de la Loire-Inférieure, de Versailles ou d'Aisne-et-Vesle, c'est partout le même esprit de justice et, en même temps, de conciliation qui a dicté les délibérations prises par nos honorables confrères.

Le conseil supérieur de l'Assistance publique, dans la journée du 2 février 1889, après quatre séances de laborieuses discussions, adoptait, relativement à l'*Assistance médicale dans les campagnes*, des conclusions auxquelles vous vous associerez, j'en ai la conviction, et que vous me permettrez d'énumérer. Vous ne serez point étonnés, messieurs, de la teneur de ces conclusions quand je vous aurai rappelé que dans le conseil supérieur figurent deux des membres les plus zélés et les plus dévoués de nos syndicats : j'ai nommé mon excellent ami M. le Dr Gibert, du Havre, et notre sympathique confrère, M. le Dr Lardier, président du syndicat des Vosges (*Applaudissements.*)

Voici ces conclusions :

I. — Les communes, à défaut de la famille, doivent l'assistance aux nécessiteux malades qui y ont leur domicile de secours. Plusieurs communes peuvent s'associer en syndicat pour remplir ce devoir social.

II. — Il doit exister, dans chaque commune, ou syndicat de communes, un bureau d'assistance publique.

III. — Dans chaque département, le conseil général détermine par un règlement, au mieux des

convenances locales, le mode de fonctionnement du service de l'assistance médicale aux indigents. Ce règlement doit être approuvé par le ministre de l'intérieur, après avis du conseil supérieur de l'Assistance publique.

IV. — Les communes, ou syndicat de communes, qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers les indigents malades, peuvent être autorisées, par une décision spéciale du ministre de l'Intérieur, rendue après avis du conseil supérieur, à avoir une organisation spéciale.

V. — Chaque année, le conseil général fixe la part contributive des communes, dans les dépenses d'assistance de leurs *malades indigents*, et la part contributive du département.

Il doit tenir compte des ressources de chaque commune et du nombre d'indigents portés par elle sur la liste de ceux qui doivent recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques.

VI. — Les dépenses qui résultent pour les communes de l'application de l'article précédent, sont obligatoires et peuvent être imposées d'office, conformément à l'art. 149 de la loi du 5 avril 1884.

VII. — La liste des indigents admis à recevoir les secours médicaux ou pharmaceutiques est préparée par le bureau d'assistance et arrêtée par le Conseil municipal.

VIII. — Au cas où un département n'aurait pas, dans le délai fixé, organisé son système d'assistance, le gouvernement doit lui imposer d'office un règlement.

Il y a donc lieu de préparer, à cet effet, un règlement modèle.

Les dépenses, résultant pour les départements de l'application du règlement fait par le conseil général ou imposé au département par le gouvernement, en exécution du paragraphe précédent, sont obligatoires pour les dits départements et peuvent leur être imposées d'office dans les conditions de l'art. 61 de la loi du 16 août 1871.

IX. — En ce qui concerne les secours à domicile, la section recommande, dès à présent, les principes sur lesquels repose le système dit « Vosgien ».

X. — L'assistance médicale doit être organisée de telle sorte que chaque commune soit rattachée à un dispensaire ou à un hôpital. Les malades ne doivent être hospitalisés qu'en cas de nécessité.

Mais, messieurs, il ne suffit pas d'adopter les principes les plus justes, il faut aussi en assurer la mise en pratique, et c'est ici que les difficultés commencent. A ce sujet, je lisais dernièrement dans un journal politique des plus répandus dans le sud-ouest, une critique sévère des décisions de la commission supérieure de l'Assistance publique. On prévoyait des difficultés budgétaires insurmontables et des tiraillements de toute sorte, et, procédant par insinuation, l'auteur de l'article visé donnait à entendre qu'une partie de ces difficultés serait résolue si on réduisait tout à fait au *minimum* la rétribution des médecins chargés du service.

C'est sur ce point particulier, messieurs, que je désire plus spécialement attirer votre attention. Je sais bien que le corps médical — et c'est pour lui un titre de gloire — n'a jamais reculé devant aucun sacrifice ; mais nous sommes des citoyens, au même titre que tous les Français, et, par conséquent, nous ne devons supporter que notre juste part des charges de la société. Nous sommes fiers de cette liberté, de cette indépendance que nous proclamons bien haut ; mais nous plaçons sur le même plan notre dignité professionnelle. Et dès lors, au nom de l'égalité sociale, au nom de la dignité du corps médical, nous devons, quand nous acceptons un service rémunéré, trouver dans la rémunération qui nous est offerte le juste équivalent des services que nous avons rendus.

Il vous appartient, messieurs les délégués des syndicats, de défendre ces idées et de les faire prévaloir dans les conseils communaux ou départementaux où le corps médical compte de nombreux représentants. Vous n'oublierez pas que partout où l'assistance médicale a été organisée d'une façon sérieuse, la mortalité, et surtout la mortalité des enfants du premier âge, a diminué dans des proportions vraiment étonnantes. Vous vous souviendrez qu'en travaillant à cette organisation, vous aurez travaillé non seulement pour le corps médical, mais aussi, — mais surtout, — pour la patrie. (*Applaudissements*).

Les questions d'avenir et de prévoyance ont aussi attiré l'attention d'un certain nombre de syndicats. Je ne saurais passer sous silence les efforts tentés par le syndicat d'Aisne et Vesle grâce à l'initiative de son honorable secrétaire, le Dr Lécuyer, de Beaurieux. Une combinaison, qui n'a peut-être pas dit son dernier mot a permis à nos confrères d'assurer aux membres de leur société une *indemnité journalière en cas de maladie*. C'est, vous le savez, un des buts que s'était proposés l'Association générale des médecins de France. Nous aimons à espérer qu'elle l'atteindra un jour, et une proposition dans ce sens est en ce moment soumise à l'étude de son conseil général. N'oublions pas que, si cette proposition a été présentée à notre grande association, l'honneur doit en revenir, non seulement aux auteurs qui l'ont formulée, mais encore aux Syndicats où l'idée avait germé et plus particulièrement au Syndicat d'Aisne et Vesle. C'est lui qui, en province, a créé la première caisse d'assurance mutuelle en cas de maladie à l'usage du corps médical. M. Lécuyer lui-même voudra bien vous en expliquer le mécanisme et vous en faire connaître les résultats acquis.

Le faible espoir que nous avions encore il y a un an de voir reviser prochainement les lois qui régissent l'*exercice de la médecine*, s'est depuis longtemps évanoui. Une nouvelle Chambre vient de succéder à celle qui existait alors. Espérons que, dans la législature qui bientôt va s'ouvrir, nous verrons enfin nos représentants aborder les réformes que tant de générations médicales ont vainement sollicitées et vainement attendues.

Des événements récents démontrent l'urgence de quelques-unes de ces réformes et, plus particulièrement, la nécessité de reviser le plus promptement possible les *tarifs médico-légaux*. Vous savez tous ce qui s'est passé, il y a peu de temps, dans l'Aveyron, et que l'on a désigné quelque part sous le nom de *grève des médecins de Rodez et de Marcillac*. Voici, à ce sujet, les renseignements qu'a bien voulu me fournir M. le Dr Volonzac, de Marcillac, vice-président de l'Association des médecins de l'Aveyron.

Marcillac, le 25 septembre 1889.

Monsieur et très honoré confrère,

« Je m'empresse de vous fournir les renseignements que vous me demandez au sujet d'une affaire dont se sont occupés les journaux politiques, et que certains ont appelée la *grève* des médecins de Rodez et de Marcillac.

Voici ce qui s'est passé : Le 28 août dernier, dans l'après-midi, on découvrit tout près du village de Solsac, canton de Marcillac (Aveyron), le cadavre de la jeune servante du domaine de Billorgues, qui manquait depuis trois jours, et que l'on présumait avoir été victime d'un assassinat. Le lendemain, les médecins de Rodez, arrondissement auquel appartient le canton de Marcillac, refusèrent tous de procéder à l'autopsie de ce cadavre. Le même jour, les médecins de Marcillac imitèrent l'exemple de leurs confrères.

Le 30 août, dans la matinée, les médecins de Marcillac reçurent, par l'entremise du maréchal des logis de gendarmerie, une réquisition *écrite* de la part du juge de paix de cette localité. Nouveau refus de leur part. Le lendemain, les médecins de Rodez reçurent une réquisition semblable, et répondirent encore par un refus.

En cet état de choses, le médecin-major du 31e de ligne, en garnison à Rodez, fut requis de se transporter sur les lieux ; mais la putréfaction du cadavre était si avancée, qu'il ne put se livrer qu'à un examen sommaire.

A la suite de ces refus réitérés des médecins de Rodez et de ceux de Marcillac, les premiers ont été cités, pour le 11 septembre courant, devant le juge de paix du canton de Rodez, sous la prévention d'avoir contrevenu à l'art. 475, paragraphe 12, du code pénal. A l'audience, ils ont demandé le renvoi de la cause à huitaine, ce qui leur a été aussitôt accordé. Lors de la seconde audience, ils n'ont voulu invoquer aucune raison particulière et se sont déclarés hautement solidaires les uns des autres. Ils ont prétendu seulement que l'attitude qu'ils avaient cru devoir prendre leur avait été imposée par les refus absolus et persistants opposés par le procureur général de la cour de Montpellier aux réclamations réitérées qu'ils avaient faites touchant l'insuffisance notoire de leurs honoraires et la réduction abusive de leurs mémoires pour autopsies.

Cette explication donnée, les prévenus ont déclaré qu'ils s'en tenaient aux conclusions prises par leur avocat, conseil judiciaire de la Société des médecins de l'Aveyron.

En ce qui concerne les médecins de Marcillac, ils ont été cités, pour le 18 septembre courant, devant le juge de paix de cette localité, sous la même prévention que leurs confrères de Rodez. La cause ayant été renvoyée au 23 septembre, ils ont comparu de nouveau ce jour-là à la barre de ce magistrat. A l'audience, où, par un témoignage de confiance et de déférence que je ne saurais trop apprécier, mes excellents confrères avaient bien voulu me charger de présenter leurs moyens de défense, j'ai dit que les médecins de Marcillac, à leur tour, n'avaient à invoquer aucune raison particulière, et qu'ils se déclaraient solidaires les uns des autres. J'ai ajouté qu'ils articulaient seulement les mêmes griefs que les médecins de Rodez, et qu'ils s'en rapportaient aux conclusions prises par le conseil judiciaire et mentionnées ci-dessus. Le prononcé du jugement a été renvoyé à huitaine. »

Quelques jours plus tard M. le Dr Volonzac m'écrivait ce qui suit :

Marcillac, le 7 octobre 1889.

Très honoré confrère,

« Pensant vous être agréable en complétant les renseignements que je vous ai déjà fournis dans ma lettre du 25 septembre dernier, sur *la grève des médecins de Rodez et de Marcillac*, je viens vous informer que ceux de Rodez ont été condamnés à 6 fr. d'amende, *minimum* de la peine et solidairement aux dépens, le 4 octobre courant, et que ceux de Marcillac ont subi pareille condamnation aujourd'hui même. On se concertera maintenant pour décider ce qu'il convient de faire après ces deux jugements. »

Ainsi une tolérance depuis longtemps établie permettait aux médecins dont l'assistance était réclamée par les parquets, de tourner les tarifs de 1811 dont tout le monde reconnaît l'insuffisance. Mais aujourd'hui les choses ont changé .. Nous ne pouvons plus compter d'une manière certaine sur la bienveillance à laquelle on nous avait accoutumés de longue date. Peut-être devons-nous nous féliciter des événements de Rodez ; peut-être les pouvoirs publics, mis en face de l'insuffisance notoire des tarifs et de l'impérieuse nécessité de modifier un état de choses pouvant altérer profondément les bons rapports du corps médical avec les parquets, se décideront-ils enfin à nous accorder la légitime satisfaction à laquelle nous avons droit. Les syndicats agiront dans le sens d'une pression énergique sur nos représentants, et je ne doute pas que justice nous soit rendue dans un prochain avenir. Notre dignité, comme la dignité de la Justice, ne permet pas qu'on nous fasse l'aumône d'une faveur.

La loi de 1884 sur les syndicats médicaux doit aussi être commentée, interprétée par le législateur lui-même. Il n'est pas douteux que, dans l'esprit des auteurs qui l'ont proposée au pouvoir législatif, elle ne dût être appliquée aux citoyens exerçant des professions libérales. Nous en avons la certitude morale, et une lettre de M. Waldeck-Rousseau qui devait assister à notre banquet ne saurait laisser subsister le moindre doute à cet égard. Il importe donc de faire cesser cette sorte de conflit qui existe entre le pouvoir législatif qui a formulé la loi du 21 mars et le pouvoir judiciaire qui en a fait, en première instance, comme en appel et comme en cassation, l'application que vous savez. Nous vous proposerons un projet d'adresse aux médecins députés assez nombreux dans la nouvelle Chambre, et, si ce projet est revêtu de votre approbation, le bureau de l'Union devra être chargé de mener à bonne fin une entreprise qui, si elle réussit, assure la réalisation de nos vœux les plus chers, l'accomplissement des réformes que le corps médical ne cesse de réclamer depuis de longues années.

Vous avez vu ce qui a été fait : vous voyez combien il reste à faire ! Le programme pour nos travaux les plus pressants est donc tracé et nous mettrons tous nos efforts à le réaliser. (*Applaudissements*).

Il me reste, Messieurs, à vous faire connaître notre situation financière et à vous présenter des propositions budgétaires pour l'exercice 1889-1890.

En caisse en novembre 1888 au moment de notre dernière assemblée générale.	966 65
Recettes effectuées par le trésorier depuis cette époque	254 00
Recettes effectuées par le Concours, savoir :	
Cotisations à lui adressées	320 00
Publicité	125 00
TOTAL	1665 65
DÉPENSES :	
Frais de réunion, rédaction et service du Bulletin, déplacements	837 60
Reste en caisse	828 05

Cette somme sera considérablement dépassée lorsque tous les syndicats adhérents auront adressé leurs cotisations en retard. Nos appels réitérés n'ont pas, en effet, produit tout le résultat que nous devions en attendre. Des circulaires seront, si vous le jugez convenable, adressées incessamment aux trésoriers ou aux présidents des syndicats qui n'ont pas encore versé les cotisations échues.

D'un autre côté, pour augmenter nos ressources, nous vous proposons une modification au *Bulletin*. Jusqu'à ce jour, ce recueil n'a publié que les comptes rendus des travaux des syndicats. Aussi le nombre de numéros parus chaque année est-il assez faible, beaucoup de nos confrères s'imaginant — bien à tort, selon nous, — que les décisions prises dans leurs réunions sont sans intérêt pour le corps médical. Pour obvier à cette pénurie de matériaux, nous avons l'intention de publier, en outre, au *Bulletin* les études d'ordre professionnel qui ont placé si haut le *Concours medical* dans l'estime des praticiens. Le *Bulletin* deviendrait également le Moniteur des intérêts professionnels du corps médical. Nous pourrions ainsi donner un numéro mensuel et demander aux annonces un produit beaucoup plus considérable, et qui, dans tous les cas, déduction faite des dépenses d'impression et de distribution des numéros parus en plus, viendrait augmenter les ressources de l'Union.

Dans ces conditions, nous vous proposerions pour l'année 1889-1890 le projet de budget suivant basé sur les évaluations des années antérieures.

RECETTES :		
Somme disponible au 20 octobre		828 05
Produits des cotisations à recouvrer dans le courant de l'exercice.		800 00
Produit des annonces et des abonnements		200 00
TOTAL		1.828 05
DÉPENSES :		
Impression, distribution du *Bulletin*. Rédaction	300 00	
Frais de réunion du bureau de l'Union. Jetons de présence.	450 00	
Total	750 00	
ci		750 00
Balance probable en faveur de l'actif en fin d'exercice		1.078 05

Le compte rendu et les propositions faites par M. B. Dulaurier sont approuvés.

M. Barat-Dulaurier reprend alors la présidence et met en discussion les questions portées à l'ordre du jour.

I. *Projet d'adresse aux Députés médecins pour les inviter à former un groupe médical extra-parlementaire chargé plus spécialement d'étudier les questions qui touchent à la revision de la législation,*

Cette proposition émane de M. le Dr Cézilly. En voici le texte :

Monsieur le Député et honoré Confrère,

Vous êtes un des cinquante médecins qui, à la Chambre représentent le Corps médical. Les cinq à six mille médecins qui forment la *Société du Concours médical* et l'*Union des Syndicats médicaux*, réunis en Assemblée générale à Paris, le 20 octobre, ont résolu de vous adresser leurs félicitations et de vous prier de prendre énergiquement en mains, durant la législature nouvelle, les revendications du corps médical, pendantes depuis un demi siècle. Elles se sont traduites par de nombreuses pétitions adressées aux Chambres, dans ces dernières années et notamment par celles qui ont été déposées en 1885 par la *Société du Concours médical* et l'*Union des syndicats*, pétitions revêtues de milliers de signatures de médecins français.

Puisqu'il est probable que les *questions d'affaires* vont prendre le pas sur les questions politiques, nous venons vous inviter à adhérer, quelle que soit votre nuance politique, à la proposition qui va vous être soumise, par un de vos collègues médecins, de former à la Chambre une commission médicale extra-parlementaire.

Cette commission d'affaires médicales a déjà existé. Elle a produit quelques bons effets, contrariés par les circonstances politiques.

Nous espérons, Monsieur le député et cher confrère, que vous tiendrez à honneur de représenter, avec dévouement à la Chambre la profession médicale. C'est à votre titre de médecin que vous devez

assurément une partie de votre mandat législatif. Tout député-médecin bénéficie des sacrifices considérables que fait chaque jour le corps médical en faveur de la Société toute entière.

Nous venons donc avec confiance vous demander de vous dévouer aux intérêts de cette profession et de prendre part aux travaux de la Commission extra-parlementaire dont le règlement va vous être soumis.

Agréez, Monsieur le Député et honoré confrère, nos compliments empressés.

Pour la Société du *Concours médical ;* ... Pour l'*Union des Syndicats ;*
Le Directeur : Dr Cézilly. ... Dr Dulaurier.
Président de l'*Association des médecins de l'Oise.* ... Président de l'*Union.*

M. de Fourmestraux, *délégué du syndicat médical de l'arrondissement de Versailles*, exprime l'opinion que cette adresse devrait être envoyée, non seulement aux médecins, mais à tous les députés.

M. Rousseau, *délégué du syndicat de l'Aisne*, croit qu'il serait préférable de ne faire intervenir que les députés médecins qui doivent mieux que les autres connaître les questions spéciales dans lesquelles les intérêts du corps médical peuvent être en jeu.

M. de Fourmestraux insiste de nouveau dans le sens de son premier discours. Pour lui, il ne s'agit pas seulement de faire intervenir quelques personnes qui, même en formant un groupe, resteraient une minorité ne pouvant exercer qu'une influence relative. Il faut voir les choses de plus haut, selon lui, et considérer les questions qui nous intéressent comme étant d'ordre général et s'adresser à tous les membres du Parlement sans distinction de profession ni d'opinion politique.

M. Rousseau se rallie à l'opinion de son confrère.

— M. Cézilly fait remarquer que la question n'est pas nouvelle. Il rappelle, en quelques mots, les efforts faits antérieurement. Le *Concours*, dit-il, est prêt à reprendre la campagne déjà faite. Pour lui, le moment est on ne peut plus favorable. La Chambre vient d'être renommée ; il y a beaucoup d'hommes nouveaux et il semble que les questions d'affaires doivent surtout attirer l'attention du Parlement. Nous devons profiter de cette situation et chercher à gagner à notre cause l'appui de la chambre.

M. Gibert, *du syndicat du Havre, Président honoraire de l'Union*, est d'avis que nous devons peu compter sur les députés médecins, qui, sauf de rares exceptions, n'ont qu'un désir en arrivant à la Chambre, celui de faire oublier leur titre de docteur. Pour lui nos intérêts seraient plus utilement défendus par de véritables amis pris en dehors du groupe médical qui ne seraient pas suspects, près de leurs collègues, de prêcher pour leur propre paroisse.

M. Lécuyer, *du syndicat d'Aisne-et-Vesle*, pense qu'il serait bien difficile de créer un groupe extra-médical viable, et, à ce propos, il rappelle l'insuccès complet auquel aboutirent, il y a quelques années, les efforts tentés par un député de l'Aisne, aujourd'hui décédé.

Plusieurs membres protestent et rappellent qu'un groupe médical extra-parlementaire a déja existé et fonctionné.

M. de Fourmestraux donne lecture d'un extrait des comptes rendus des travaux du syndicat de Versailles, qui lui paraît se rattacher à la question. Voici cet extrait du procès-verbal de la réunion du 10 octobre dernier :

« MM. de Fourmestraux et Gille-Bréchemin, qui ont pris part au Congrès de l'Assistance publique, exposent au Syndicat la physionomie des séances auxquelles ils ont assisté. Nos deux confrères insistent sur ce fait prévu et particulièrement intéressant pour les Syndicats, que les revendications médicales, de nature pécuniaire, n'ont pu être discutées dans ces assises internationales, où il n'était question que de l'humanité et des intérêts hygiéniques. C'est donc ailleurs encore une fois que nous devons nous adresser si nous voulons obtenir satisfaction.

A ce propos, M. le Dr Jeanne demande au Syndicat de soumettre à la prochaine séance de l'Union des Syndicats l'idée d'exercer de la façon la plus directe une forte pression sur les nouveaux élus du Parlement et d'obtenir d'eux individuellement, l'engagement formel de réviser ou de créer, pour parler plus exactement, le *code législatif embrassant tout ensemble* l'exercice de la médecine, la pratique de l'hygiène et l'organisation de l'assistance publique. Au mois de janvier 1889 un décret du Président de la République a donné la consécration officielle à cette vérité, reconnue depuis longtemps déjà en Europe, que les services de l'hygiène et de l'assistance publique devaient être placés dans les mêmes mains et développés parallèlement sans perdre aucune de leurs connexions nécessaires. Mais est-il possible de tenir la législation médicale en dehors de ce mouvement tant souhaité ? La santé publique, l'hygiène publique, l'assistance publique, ne réclament-elles pas d'abord la guerre aux faux médecins de toutes les catégories ? N'exigent-elles pas que les hommes qui constitueront leur personnel soient non seulement brevetés, mais encore mis en possession pour *vivre* des moyens que l'on accorde à toutes les professions ? C'est dire que le vote de la loi sur l'exercice illégal de la médecine, et l'existence légale des syndicats médicaux s'imposent d'emblée à tout législateur soucieux de mettre la France au même degré que les autres nations en matière d'hygiène et de santé publique. C'est en établissant l'indivisibilité de ces trois choses, médecine, hygiène et assistance publique, l'identité de leurs intérêts, leur connexité de fonctionnement, que le corps médical doit chercher à obtenir les satisfactions qu'il réclame en vain depuis longtemps. S'il sépare sa cause de celle de l'hygiène publique, on l'accusera toujours de ne plaider que *pro domo suâ* et on l'écoutera quand on n'aura rien de mieux à faire. Il doit se présenter comme le personnel *indispensable* des services que l'on veut créer ou étendre et à ce titre il ne peut manquer d'être entendu.

M. le Dr Gille-Bréchemin demande s'il ne serait pas utile, pour en arriver là, de faire entrer quelque représentant des Syndicats dans le Conseil d'hygiène et d'assistance publique, qui se réunit au ministère de l'Intérieur. (Notre confrère ignore que MM. Gibert et Lardier en font partie).

Sans nul doute, répond le Dr Jeanne, c'est un pas qu'il serait important de faire, parce que de la

sorte notre voix serait entendue déjà tout près du gouvernement. Mais il est non moins utile d'agir directement sur les députés pris individuellement. Chaque Syndicat s'adresserait aux élus de sa région, en laissant de côté toute question politique, et solliciterait leur adhésion d'avance à tout le programme des réformes médicales et hygiéniques. Celui-ci serait préparé par une commission, que pourrait organiser l'Union des Syndicats en y faisant entrer les médecins de la Chambre, des avocats députés favorables à notre cause, des membres du Conseil d'hygiène et d'assistance publique, le Dr Chevandier, M. Lockroy, etc., tous ceux en un mot qui ont déjà préparé des pierres pour l'édifice. Avec les nombreux projets rejetés ou tombés en déchéance, avec les documents qui existent au conseil d'hygiène, l'œuvre prendrait vite une tournure, et une commission aussi compétente que celle dont nous parlons aurait peu de peine à la rendre viable. — Quels motifs allégueraient Messieurs les députés pour refuser de souscrire à ce code de salubrité publique, bien préparé, bien agencé, toujours perfectible suivant les progrès de la science ? Nous n'en voyons pas. Aussi croyons-nous l'heure arrivée de centraliser les efforts. Les syndicats n'ont guère fait qu'enseigner à leurs membres la pratique de la déontologie ; par le rôle que nous venons d'indiquer, ils peuvent obtenir d'un seul coup la réalisation des réformes qu'ils réclament. Ne pas l'essayer, serait trahir la cause qu'ils défendent.

Le Syndicat de l'arrondissement de Versailles, adoptant l'idée qui vient de lui être soumise, prie M. de Fourmestraux, son président, de la développer dans la séance de l'Union générale des Syndicats qui aura lieu le 20 octobre. »

Le Secrétaire : Dr Jeanne.

M. le Président fait observer que la question se trouve déplacée et qu'il serait utile de prendre, avant de s'engager dans une autre voie, une décision ferme sur le point précis soumis aux délibérations de l'assemblée.

M. Gibert pense également qu'il ne faut pas mêler les questions d'assistance et d'hygiène publique à la revision de la législation médicale. Il est d'avis que la démarche proposée par *M. Cézilly* est inutile, mais qu'en aucune circonstance elle ne saurait être préjudiciable. Il ne s'oppose donc pas à ce qu'elle soit faite.

M. de Fourmestraux et plusieurs membres de l'assemblée insistent pour que les membres de chaque syndicat exercent près de tous les députés, auprès desquels ils peuvent avoir quelque crédit, une sorte de pression afin de les engager à s'occuper sérieusement des lois qui touchent à l'exercice de la médecine.

M. Lardier, *du Syndicat des Vosges*, pense qu'il serait bon, en outre, de créer dans la presse extra-médicale une agitation dans le sens de la révision et de faire une véritable campagne dans ce sens.

M. Toussaint appuie la proposition de M. Lardier, qui lui parait devoir donner des résultats avantageux.

M. Maurat et, après lui, M. Chastenet, conseil judiciaire de l'Union, expriment et soutiennent un avis contraire. Pour M. Chastenet le grand public, celui auquel s'adresse plus particulièrement la presse politique, s'inquiète fort peu des lois qui nous régissent. Il nous serait plutôt hostile que sympathique et une campagne de presse ne lui paraît ne devoir aboutir, si toutefois on réussissait à l'engager, qu'à un échec complet. Mais il lui semble qu'il y aurait une autre marche à suivre : il s'agirait de s'adresser directement au ministre compétent, celui de l'Intérieur, et de l'intéresser à la révision des lois médicales. De cette façon nous aurions de bonnes chances de succès.

M. Gibert est également de cet avis. Il propose la rédaction d'un mémoire rédigé sur des documents fournis par les syndicats et relatant à l'appui des faits précis, comme celui de Rodez, par exemple. Il pense qu'un mémoire de cette nature pourrait déterminer les ministres auxquels il serait envoyé à demander la mise à l'ordre du jour d'un projet de loi sur la révision de la législation et particulièrement l'abrogation des tarifs de 1811. Il prie M. le député Chevandier de faire connaître son sentiment.

M. Chevandier, député de la Drôme, pense que la démarche proposée est inutile en ce sens qu'elle paraîtrait avoir pour but de convaincre des gens absolument convaincus. Les tarifs de 1811, à son avis, sont absolument dérisoires, et lorsque le Parlement aura adopté les modifications proposées au code de procédure, lorsqu'en face du médecin, expert de l'accusation, il y aura l'expert de la défense, devant la tâche aussi lourde et la responsabilité aussi grande du médecin, la modification profonde de ces tarifs s'imposera d'une manière absolue.

Quant au projet de révision en lui-même, n'étant plus frappé de caducité, il reviendra devant la Chambre ; peut-être même le moment n'est-il pas éloigné où il pourra être discuté. Le travail préparé par le Concours lui paraît avoir eu des résultats utiles. La dernière Chambre, grâce à ce travail, était très bien disposée et elle aurait certainement voté — avec quelques amendements — le projet présenté par M. Chevandier, si les circonstances avaient permis d'en aborder la discussion. Pour ce, qui le regarde, il se propose de reprendre prochainement la question et il espère la mener à bonne fin.

L'action exercée individuellement par chacun des membres des syndicats près des députés de leur région lui semble être utile, comme l'envoi de mémoires à chaque membre du Parlement lui paraît être une mesure dont les résultats seraient avantageux. Dès la rentrée des Chambres, il se propose de déposer sur le bureau de la Chambre un nouvel exposé des motifs à la rédaction duquel il travaille en ce moment. (*Applaudissements*).

Le Président adresse à M. Chevandier les remercîments de l'assemblée pour son intéressante communication. Il résume ensuite les résultats de la discussion qui précède dans les propositions suivantes :

1° *L'adresse, dont le projet a été communiqué par M. le Dr Cézilly, sera envoyée aux députés médecins.*

2° *Tous les syndicats seront invités à intervenir près des députés de leur région dans le but de les intéresser à la révision des lois et décrets qui régissent l'exercice de la médecine.*

3° *Un mémoire sera rédigé et envoyé aux députés, aux sénateurs et aux ministres, relativement à l'urgence plus particulière de réformer les tarifs de 1811. Ce mémoire sera appuyé sur des faits précis empruntés aux communications demandées aux divers syndicats.*

Toutes ces propositions sont successivement mises aux voles et adoptées.

Propositions déposées par M. Lardier au nom du Syndicat des Vosges.

Au nom du Syndicat des Vosges, M. Lardier expose les raisons qui ont déterminé ses confrères à soumettre à l'approbation de l'Union les propositions qu'il vient déposer. Des instructions ministérielles prescrivent la revaccination des enfants admis dans les écoles. Le nombre des vaccinations et revaccinations va donc être considérablement augmenté. Or, des accidents graves de transmission de maladies contagieuses ont déjà été signalés. Il importe donc de prendre les plus grandes précautions pour éviter la reproduction de faits aussi regrettables. Il serait souhaitable que les vaccinations et revaccinations ne fussent faites que par des personnes offrant des garanties de connaissances suffisantes. Des démarches ont été faites, dans le département des Vosges en vue d'arriver à ce résultat, mais elles ont échoué devant le conseil général. En conséquence M. Lardier prie l'Union des Syndicats de s'associer au vœu suivant :

« *Que le service des vaccinations et revaccinations soit désormais confié exclusivement à des médecins.* » — Le vœu est adopté.

DE L'INTERVENTION DU MÉDECIN ET DE L'ADMINISTRATION DANS LA PROPHYLAXIE DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

Cette question fut déjà étudiée à la réunion du mois de novembre dernier. Le Conseil supérieur d'hygiène publique en est actuellement saisi et il propose, pour les médecins, l'obligation de faire connaître au pouvoir administratif les cas de maladies contagieuses qu'ils peuvent observer lorsqu'une épidémie menaçant la santé publique vient à se produire, tels que les cas de peste, de choléra, etc. Aussi M. Gibert pense-t-il que la proposition faite par lui l'année dernière n'a plus le même intérêt. Néanmoins il croit que l'Union pourrait appuyer de son vote le vœu d'une organisation définitive.

M. Maréchal, de Brest, propose que l'ophthalmie purulente, quand elle prend un caractère épidémique, soit ajoutée à la liste des affections déjà énumérées.

M. Lardier demande qu'au nom de l'Union un vœu dans ce sens soit transmis à M. H. Monod. Cette proposition est adoptée.

Communication de M. Lécuyer.

M. Lécuyer fait une *communication sur la situation de la caisse d'assurances-maladies du syndicat médical d'Aisne-et-Vesle.*

Cette communication, qui constate le bon fonctionnement de l'œuvre et les services rendus, sera reproduite dans le prochain numéro.

M. le Président donne acte à M. Lécuyer de sa communication et lui adresse des remerciements au nom de l'Union des syndicats.

Communication de M. Gibert.

M. Gibert présente un mémoire de M. Le Prévost, du Havre, sur la *poursuite de l'exercice illégal* de la médecine et des *réclames charlatanesques* qui s'étalent sur les murs et les kiosques. M. Le Prévost demande que le bureau de l'Union veuille bien appuyer ses démarches. Le bureau étudiera la question dans le plus bref délai.

Proposition du Syndicat de Lot-et-Garonne.

M. le Dr Bounel, *délégué du Lot-et-Garonne,* dépose les vœux suivants :

1° Le Syndicat du Lot-et-Garonne demande que le bureau de l'Union des Syndicats veuille bien réclamer que la prescription d'honoraires, au lieu d'avoir lieu à la fin de la 1re année, ne puisse être invoquée qu'après cinq ans ou tout au moins trois ans.

Des démarches ont déjà été faites dans ce sens et n'ont abouti à aucun résultat. Il n'est pas probable que de nouvelles tentatives soient actuellement plus favorisées de succès. Néanmoins le vœu sera transmis à qui de droit.

2° Que le Bureau n'oublie pas la question de l'indemnité de maladie temporaire et agisse auprès du Conseil général de l'Association des médecins de France pour que cette question ne soit pas enterrée, mais qu'on s'en occupe au contraire d'une façon toute particulière dans le cours de l'année.

Cette question est une de celles qui intéressent le plus le corps médical. Elle est à l'étude dans un certain nombre de sociétés locales agrégées à l'Association générale des médecins de France. Le Bureau de l'Union fera les démarches souhaitées par le Syndicat du Lot-et-Garonne.

L'heure est très avancée. Le président propose de renvoyer à la séance du Concours les questions diverses que MM. les délégués pourraient désirer soumettre à leurs collègues. La séance est levée à cinq heures.

DEUXIÈME SÉANCE

Assemblée générale des membres du Concours médical.

La séance est ouverte à cinq heures, sous la présidence du directeur du *Concours médical,* M. Cézilly, et des membres du conseil de direction : MM. Gibert (du Havre) ; Gassot (de Chevilly) ; Maurat (de Chantilly), secrétaire trésorier.

Le président donne lecture des nombreuses lettres d'excuse des médecins, empêchés au dernier

moment d'assister à la séance. Plusieurs membres du Parlement ont été retenus par les banquets qui suivent d'ordinaire les élections générales. M. *Joseph Reinach*, directeur de la *République française*, qui avait cru pouvoir se rendre à la réunion, a été empêché, et en exprime ses regrets, ainsi que M. WALDECK-ROUSSEAU.

Après avoir également donné communication de la dépêche suivante du premier président de l'Union, M. le Dr Margueritte : « Retenu ici, je vous envoie le plus cordial souvenir et porte un toast à la prospérité et à l'union des Syndicats médicaux. » (*Applaudissements*), le Directeur s'exprime en ces termes :

Allocution du Directeur du Concours.

Messieurs et chers confrères,

« Nous n'avons pas coutume de faire ici de longs discours. Les rapports insérés au journal vous ont fait connaître l'état actuel de notre Société.

Voulez-vous me permettre de préciser, en quelques mots, la situation du *Concours médical* vis-à-vis de ses aînées l'*Association de la Seine* et l'*Association générale*.

Ces deux anciennes et puissantes sociétés ont à leur tête les sommités médicales; leur domaine est la prévoyance, le secours, la moralisation, la protection.

Si leurs statuts sont étroits, la tolérance du gouvernement leur a toujours facilité leur tâche. Néanmoins il est des questions qui leur échappent, et d'ailleurs leur action ne se manifeste qu'une fois par an au grand jour des séances solennelles.

La *Société du Concours médical* n'est régie que par la loi sur les sociétés civiles, n'est pas limitée dans son action ; œuvre de médecins praticiens, elle est dirigée par eux et pour eux.

Comme, d'autre part, elle a parmi ses membres grand nombre d'affiliés à l'Association de la Seine et à l'Association générale, il était inévitable qu'elle eût à se préoccuper de leur fonctionnement et à dire les œuvres qu'il était souhaitable de leur voir accomplir.

Pour modifier ce qui existe, lorsqu'on prétend l'améliorer, il faut critiquer.

C'est à propos de ces critiques qu'un de nos collègues, le président d'une grande société locale, a prétendu que nous voulions réduire l'Association au rôle de simple société de secours mutuels !

C'est à ce propos encore qu'un médecin très distingué nous écrivait récemment : « On trouve vos critiques trop vives, trop acerbes. Ceux qui sont profondément attachés à l'œuvre, tout en désirant la voir améliorer, ont de la peine à vous approuver et à vous appuyer.... »

C'est bien là le langage des amis timorés qui, tout en désirant le progrès, s'offusquent, s'offensent de la vivacité des appréciations. Et pourtant ils ne pourront trouver dans les propositions qui accompagnent toujours ces critiques, une tendance autre que le souci de l'amélioration d'une institution, dont les statuts ont prévu tous les progrès devant lesquels elle recule souvent.

Lorsque nous avons proposé à l'*Association générale* de tenir tous les deux ans son Assemblée générale en province, nous nous sommes inspirés de l'exemple que donnent de grandes sociétés, par exemple l'*Association pour l'avancement des sciences*. L'avenir prouvera que notre proposition est acceptable; elle sera reproduite et peut-être acceptée.

Lorsque le *Concours médical*, frappé des difficultés que l'Association générale éprouve, lorsqu'elle veut intervenir dans certaines questions d'intérêt médical étrangères à ses statuts, proposa la constitution des *Syndicats professionnels*, l'émotion fut grande et ce ne fut que lorsque les syndicats médicaux, constitués dans presque tous les départements, eurent prouvé qu'ils avaient leur raison d'être à côté de l'*Association* que celle-ci reconnut, non sans difficulté, que leur constitution avait été provoquée avec juste raison.

Lorsque notre Société proposa la création d'une *caisse des pensions de retraite*, prévue pourtant par les statuts de l'*Association générale*, on ne se fit pas faute de critiquer, d'une façon acerbe, ce que l'on considérait comme un empiètement, comme une tentative sans fondement. Et pourtant cette *Caisse des pensions* vit et prospère ; moins assurément qu'elle n'aurait prospéré, si elle avait eu le patronage, l'appui effectif de l'Association générale et de celle de la Seine. Mais le jalon est posé et l'avenir encore prouvera que nos critiques étaient fondées.

Lorsque le *Concours médical* a organisé la *Société de protection des victimes du devoir médical* ; lorsqu'il a proposé la caisse spéciale *des veuves et orphelins des membres de l'Association*, nos critiques ont-elles été des critiques en l'air et n'ont-elles pas été suivies de l'acte qui justifie la proposition ?

Nous pourrions citer d'autres exemples et dire que, lorsque nous avons proposé à l'Association générale de tenir de nouveau les grandes assises du *Congrès médical de* 1845, cette année ou plus tard, notre proposition n'a pas été non plus accueillie.

Elle a fait une meilleure situation, grâce à la manifestation des sentiments d'un grand nombre de ses sociétaires, à la proposition du *Concours médical* relative à l'étude de la *délivrance à ses membres, de l'indemnité journalière de maladie moyennant une cotisation spéciale*. Si la commission future conclut à l'adoption, la face de l'Association sera renouvelée, les bienfaits qu'elle répandra lui vaudront alors l'adhésion de l'immense majorité des médecins Français.

Et ce serait nous qui serions hostiles à l'Association ! Nous sommes, au contraire, ses plus fervents adeptes ; mais ses adeptes militants, qui voyons tout ce que lui permettraient d'accomplir un recueillement de plusieurs lustres, le crédit qu'elle a acquis et le gros capital accumulé depuis trente années. Nous souhaitons à l'Association beaucoup d'ennemis de notre espèce. Harcelée par eux, elle ne pourra pas se contenter de la contemplation du bien qu'elle a fait, puisqu'ils lui auront ouvert la perspective de beaucoup plus de bien à faire.

Nous nous hâtons d'ajouter que l'appréciation qui nous a servi de thème pour constater que vos efforts sont loin d'être stériles, n'est pas générale. Nous connaissons nombre de dignitaires de l'Association qui estiment qu'à côté d'elle, il y a place pour des sociétés d'avant-garde et qui sont prêts à appuyer les propositions fondées, quelle que soit leur origine.

Par conséquent, Messieurs, nous pouvons, sans préoccupation, poursuivre le cours de nos entreprises.

Je ne veux pas terminer cette défense *pro domo nostra*, sans vous remercier d'être venus en grand nombre assister à notre réunion et nous prouver, par votre présence, que nous devons quitter désormais le souci que nous avions chaque année, depuis 10 ans, à la veille de nos Assemblées générales, de n'avoir pas ici un nombre de membres du Concours suffisant pour donner à nos discussions de l'intérêt, à nos décisions l'autorité nécessaire pour les mettre à exécution.

Fidèles exécuteurs de vos désirs, mes collègues du Conseil de Direction vous renouvellent l'assurance de leur dévouement. »

Cette allocution est accueillie avec grande faveur par l'Assemblée, et le Directeur continue en ces termes :

« Messieurs, je donne la parole à M. le Dr Gassot, qui, dans un ordre d'idées analogue, va vous démontrer que la société du Concours médical, si elle critique, si elle prêche le mouvement, ne reste pas stationnaire et chaque année s'efforce d'accomplir quelques progrès. »

M. le Dr Gassot, membre du *Conseil de Direction*, prononce le discours suivant :

Discours de M. le Dr Gassot.

HISTORIQUE DE LA SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL.

Messieurs et chers confrères,

Voilà dix années que le *Concours médical* existe : c'est un laps de temps assez long pour qu'il soit possible de jeter un coup d'œil en arrière et mesurer le chemin parcouru.

Au cours des années 1878 et 1879, nous avions reçu d'un confrère, inconnu de la plupart d'entre nous, une circulaire qui nous invitait à secouer notre indifférence et à remplacer notre isolement professionnel par une association qu'il prétendait devoir être féconde. Quelques-uns répondirent, peut-être sans grand enthousiasme; mais faisant nombre pourtant, et, le 1er juillet 1879, paraissait le premier numéro du journal « le *Concours médical* », organe de la future association.

C'était un début bien modeste, mais il affirmait l'idée bien arrêtée et la volonté persévérante qui devaient assurer au Dr *Cézilly* le succès d'une tentative jugée par beaucoup aussi téméraire qu'inutile.

L'apparition du journal allait, en effet, créer entre ses lecteurs un lien commun, une communauté d'aspirations, un échange d'idées jusqu'alors inconnus dans le corps médical; des collaborateurs venaient immédiatement se placer aux côtés du Dr Cézilly, et l'organisation de la société naissante n'était plus qu'une question de semaines.

Faut-il vous rappeler, Messieurs, la rapidité avec laquelle les comités divers étaient constitués, la régularité des divers services assurés? Faut-il vous rappeler cette prospérité qui s'accusait dès les premiers jours et qui restait pour beaucoup un sujet d'étonnement, un fait inexplicable?

Le *Concours médical* naissait dans un moment opportun, il répondait à un besoin réel, il était libre d'ailleurs, il n'avait ni préjugés, ni rancune, ni haine d'aucune sorte; il faisait appel à toutes les bonnes volontés, il accueillait avec le même empressement les doléances de l'humble praticien des campagnes et les communications des maîtres de la profession. — N'étaient-ce pas là les éléments suffisants de ce succès sans précédent?

Mais tout cela vous est connu, Messieurs, et je n'insiste pas; ce que nous voulons rechercher avec vous, c'est l'œuvre même du *Concours médical*; a-t-il rempli ses promesses? a-t-il répondu aux espérances qu'il avait fait naître? laissera-t-il un souvenir dans l'histoire professionnelle du corps médical?

A peine les bases de l'Association étaient-elles ébauchées, que le grand problème de la législation médicale était mis à l'étude : une vaste enquête était faite par toute la France, des communications étaient demandées de toutes parts. Toutes les revendications étaient examinées, les propositions commentées et étudiées à fond; puis, ce travail préparatoire achevé, une commission spéciale était nommée, et celle-ci, après les discussions les plus approfondies, présentait par l'organe de son rapporteur, mon excellent ami le Dr *Geoffroy*, un rapport qui laisse bien loin derrière lui les travaux analogues, qui restera un modèle, qu'on pourra piller et démarquer, mais qu'on ne fera pas oublier. (*Applaudissements unanimes.*)

Là cependant ne s'arrête pas l'action du Concours : un membre de notre Association, de cette commission même instituée par elle, le Dr *Chevandier*, profitant de sa qualité de Député, transformait en proposition de loi nos conclusions et portait nos revendications dans l'enceinte législative.

Ces efforts, pour n'avoir point encore abouti, ont-ils été faits en pure perte? Personne n'oserait le prétendre. Ils ont, vous le savez, après des incidents divers, provoqué le dépôt d'un projet de loi gouvernemental, projet qui, mal venu, ne doit pas aboutir, mais qui a fait avancer la question; ils vont d'ailleurs être repris incessamment, et nous avons pour gage de leur succès final, avec notre bon droit, la ténacité de notre dévoué confrère, le Dr Chevandier, qui, réélu député, n'oubliera pas plus que par le passé, qu'il est le représentant autorisé du corps médical. (*Applaudissements.*)

En même temps que la revision des lois de l'an XI, le *Concours médical* poursuivait l'amélioration des services publics dont le fonctionnement est confié au médecin en tout ou en partie. Qui ne se souvient des consciencieuses études du Dr *Bibard*, de Pontoise, sur la protection des enfants du premier âge, du Dr *Mignen*, de Montaigu, sur l'assistance publique dans les campagnes? Les desiderata qu'ils signalaient n'ont certes pas tous disparu, les améliorations qu'ils réclamaient n'ont pas toutes été réalisées, et pourtant n'est-ce pas à eux qu'il faut faire remonter l'honneur des nombreux progrès accomplis? (*Applaudissements.*)

Ces lettres intéressantes que publiait périodiquement le *Concours* étaient lues de tous, provoquaient les travaux d'autres confrères, et peu à peu nous apprenions que de sérieuses réformes s'accomplissaient dans un grand nombre de départements.

On nous dira que les *Syndicats médicaux* ont largement contribué à ce mouvement de réforme, et la chose est certaine ; mais qui donc s'est fait l'apôtre de l'association syndicale parmi les médecins ?

L'organisation des services de l'hygiène et de la santé publique n'a pas moins préoccupé le *Concours médical* ; toujours on l'a entendu réclamer la concentration de ces services, épars dans les divers ministères, entre les mains d'un *directeur de la santé publique* ; toujours il a demandé la remise aux médecins des services médicaux, prétendant avec quelque raison qu'eux seuls étaient compétents en la matière. Et son action n'a pas été vaine, ses avis n'ont pas été repoussés, puisque nous voyons en partie accomplie cette réforme que nous réclamions, puisque deux membres de notre association, les Drs *Gibert* et *Landier*, siègent au conseil supérieur de l'assistance publique, puisque les mesures adoptées par ce conseil sont en tout conformes aux conclusions que nous-mêmes avions votées sur la matière.

Je viens de parler des *Syndicats médicaux* ; le mouvement d'association syndicale était parti du Havre, grâce aux efforts des Drs *Gibert* et *Margueritte*, mais il avait été, on peut le dire, mal compris et apprécié différemment selon les régions. Le *Concours médical* vit dans ce mouvement la mise en pratique des doctrines d'association qu'il n'avait jamais cessé de soutenir ; il se fit le vulgarisateur des syndicats médicaux, persuadé que ces associations nouvelles rendraient au corps médical la vie qu'il semblait avoir perdue.

Cette création des syndicats, on nous l'a bien souvent et bien vivement reprochée ; des esprits chagrins ont voulu voir en eux une arme de guerre contre l'*Association générale des médecins de France*, comme s'ils n'en étaient pas au contraire les auxiliaires les plus précieux, comme s'ils n'en formaient pas le complément naturel ; on les a accusés de ravaler la dignité professionnelle, comme si les médecins syndiqués n'avaient pas souci de leur dignité au même degré que les autres et perdaient en considération parce qu'ils veulent user entre eux de procédés corrects et se défendre contre l'exploitation des collectivités !

Mais ces syndicats médicaux répondaient à un besoin si grand que partout ils se sont constitués, que partout ils fonctionnent avec l'activité la plus féconde et que après leur avoir fait une guerre ouverte ou cachée, il a fallu les accepter et, qui plus est, leur faire des avances. Les *administrations* publiques et privées s'adressent à eux dans les questions médicales ; elles leur soumettent les réformes à effectuer, elles sollicitent leurs avis, leurs conseils, leur appui même et, si parfois elles sont entrées en lutte avec eux, elles se sont toujours montrées courtoises et souvent ont de bonne grâce fini par reconnaître le bien fondé de leurs résistances ou de leurs revendications.

Le Bulletin des Syndicats publié, dans le *Concours*, avec tant de zèle par notre confrère, le Dr *Barat-Dulaurier*, a créé un lien entre tous les syndicats locaux ; il a suscité leur émulation en leur montrant tous les progrès accomplis, et bientôt nombre de ces syndicats voyaient utilité à se grouper en fondant l'*Union des Syndicats médicaux* de France.

On objecte que la magistrature ne veut pas leur reconnaître une existence légale. Cette opinion des magistrats n'est pas unanime, et d'ailleurs qu'importe ? Ils existent, le fait est certain ; ils travaillent, la chose est sûre : le jour est proche où la loi consacrera une organisation passée dans les mœurs. (*Applaudissements.*)

Une autre préoccupation du *Concours médical* a été d'assurer au médecin la sécurité du lendemain : il a conseillé à ses membres, de la manière la plus pressante, l'assurance sur la vie. Il ne pouvait songer à créer une organisation nouvelle, les compagnies d'assurances existantes présentant toutes les garanties désirables, mais il s'est efforcé de rendre à ses adhérents l'assurance plus facile et il a créé une *caisse de prévoyance* qui, sans rien coûter aux assurés, puisse leur venir en aide dans un moment difficile.

De plus, pensant que l'assurance sur la vie ne répondait pas à toutes les exigences de la profession médicale, il a mis à l'étude la création d'une caisse des pensions de retraite spéciale aux médecins. Vous vous souvenez, Messieurs, des études présentées par plusieurs des membres du *Concours*, les Drs *Benoist*, de Saint-Nazaire, *Ordonneau*, de Bournezeau, *Lande*, de Bordeaux, etc. Le projet du Dr Lande fut adopté, la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français* fut fondée ; elle fonctionne activement, et bientôt elle délivrera ses premières pensions.

A côté de ces œuvres de prévoyance, une place restait pour une œuvre de bienfaisance ; le *Concours médical* ne l'a pas négligée davantage. Grâce à de nombreuses relations, à des démarches plus nombreuses encore, le Dr *Cézilly* parvint à intéresser des personnes influentes et charitables au sort malheureux qui résulte trop souvent pour des orphelins de la mort prématurée d'un père n'ayant que son diplôme pour toute ressource : il leur montra qu'un secours pécuniaire, toujours modeste, n'était pas suffisant et qu'un appui matériel et moral à la fois était bien souvent plus utile.

La *Société de protection des victimes du Devoir médical* leur assure l'un et l'autre. Elle n'est qu'à ses débuts, et cependant elle a eu l'occasion déjà de venir en aide à la famille d'un malheureux confrère. (*Applaudissements.*)

Faut-il parler des services rendus par le *Concours médical* à ses membres en matière de *remplacements*, de *cession ou de changement de clientèle* ? Les quelques lignes que, chaque semaine, vous trouvez dans le *Concours*, ne sauraient vous donner une idée de l'importance de cette organisation ; il faut lire les lettres des intéressés, les détails navrants ou les chaleureux remerciements qu'elles contiennent, pour comprendre l'énorme différence qui existe entre le service tout confraternel du *Concours* et les annonces banales des autres organes de la presse.

Il n'est pas jusqu'à cette modeste organisation de *fournisseurs communs* qui ne rende aussi ses services. Oh ! nous le savons, elle a excité les sourires des uns et les allusions malveillantes des autres ; elle a cependant permis au journal de se fonder, à l'Association de se constituer et de se perpétuer après la crise de 1885, et aujourd'hui encore elle est utilisée par nombre d'adhérents qui y trouvent leur avantage.

Les *Conseils judiciaire et financier* du *Concours médical*, dans ce même ordre des intérêts privés, rendent de même chaque jour les plus signalés services, et le Dr Cézilly, s'il pouvait vous raconter tout ce qu'il sait à ce sujet, vous étonnerait en vous démontrant combien peu les médecins sont hommes d'affaires, avec quelle facilité ils perdent les modestes économies qu'à force de travail ils ont pu réaliser.

Si je ne voulais rien oublier des œuvres du *Concours médical*, je pourrais poursuivre cette énumération, mais il me semble, Messieurs, que dès maintenant vous pouvez conclure et répondre aux questions que je formulais plus haut.

Oui, le *Concours médical* a été une œuvre d'utilité professionnelle ! Oui, il a bien mérité du Corps médical, et, n'en déplaise à ses détracteurs, on saura reconnaître que, sans avoir réclamé de ses membres autre chose qu'un peu d'esprit de solidarité, il a fait plus à lui seul pour le bien de la profession que toutes les autres associations réunies. (*Applaudissements.*)

C'est que l'œuvre du *Concours médical* est l'œuvre du corps médical lui-même : elle est la résultante de tous les efforts individuels de ses membres exerçant leur activité en pleine liberté. Jamais le Directeur du *Concours*, jamais les membres de ses comités ou de ses conseils n'ont prétendu lui imposer un programme, lui tracer une ligne de conduite ; jamais ils n'ont cherché à accaparer le mouvement professionnel ; jamais, en présence d'une idée qui leur était soumise, ils ne se sont demandé autre chose que ceci : *le Corps médical en peut-il tirer un avantage quelconque ?*

La réponse était-elle favorable — ils s'empressaient de répandre cette idée, de la commenter, de la discuter et de la soutenir par les arguments les plus probants, et, le jour où son adoption était chose faite, de rechercher tous les moyens de la faire entrer dans le domaine de la pratique.

La réponse était-elle douteuse — ils réclamaient un supplément d'informations, ne demandant qu'à être convaincus, se prêtant à toutes les études et à toutes les enquêtes et ne se récusant jamais avant d'avoir tenté tout ce qui leur était possible.

Cette ligne de conduite qui a fait sa force, la Société civile du *Concours médical* ne l'abandonne pas dans l'avenir. Son passé vous est un sûr garant des succès qu'elle peut remporter encore, si vous, Messieurs, qui êtes les fidèles de nos réunions, qui comptez parmi nos plus ardents collaborateurs, vous voulez bien nous continuer l'appui que vous nous avez toujours prêté. Continuez votre propagande, amenez-nous de nouveaux adhérents, vulgarisez les œuvres qu'en commun nous avons pu fonder, prêchez l'association et la solidarité médicale sous toutes ses formes. — Notre force est entre vos mains, ne la laissez pas amoindrir et n'oubliez pas que vous restez pour l'avenir, ce que vous avez été dans le passé, les artisans de toutes les réformes, de toutes les fondations, de tous les succès enfin dont bénéficie le Corps médical tout entier.

Le dévouement du Directeur et du Conseil d'administration de votre Société vous est acquis. — Usez-en largement ! »

Cette communication écoutée avec la plus grande attention est accueillie par des applaudissements répétés et le Directeur du *Concours* adresse à M. le Dr *Gassot* les remerciements de l'Assemblée ; il dit qu'en toutes circonstances son collègue lui a apporté un constant appui et qu'il a mis au service du *Concours médical* un talent d'exposition et d'organisation dont il ne saurait trop le remercier et le féliciter. (*Applaudissements.*)

Le Directeur donne la parole à M. le Dr *Maurat*, qui s'exprime en ces termes :

Messieurs : nous avions à notre fin d'exercice, après avoir subvenu à toutes les dépenses du Congrès professionnel, sans recourir à l'emprunt que vous aviez décidé, une somme de 74 fr. 33 centimes. Nous vous avons soumis, dans notre rapport financier, publié dans le no 41 du journal un projet de Budget pour 1890 que je vous rappelle.

Projet de Budget pour l'exercice 1889-90.

Recettes : Avoir, 74.33. Revenu de notre capital inaliénable, 940 fr. Dons probables, 500.67. Total 1515 fr.

Dépenses en prévision : Frais de banquet annuel, 500 fr. ; jetons et frais de déplacement des membres du conseil de direction, 400 fr. Somme disponible dont nous avons à vous proposer l'affectation, 615 fr.

M. le Président demande à l'Assemblée de vouloir bien faire des propositions pour l'emploi des sommes disponibles en 1890.

M. le Dr *Rigabert* (de Saacy) demande que cette somme soit affectée à subvenir au remplacement gratuit de médecins qui, malades, ne pourraient en payer les frais. — M. Gassot fait observer à M. Rigabert que le Concours médical n'est pas une Société d'assistance et que la somme disponible doit trouver un emploi d'un autre genre ; que le Concours médical est une *Société d'études professionnelles* et que c'est à des études et des entreprises de ce genre qu'il doit consacrer ses ressources ; que celles-ci sont absolument insuffisantes pour le secours et qu'elles le sont largement pour les études.

M. *Mignen* propose de payer à une Société locale les cotisations en retard d'un membre de cette Société tombé dans la détresse absolue et qui n'a pu, à cause des règlements, recevoir de l'Association générale des secours indispensables. — Le Président dit à l'Assemblée que le Concours médical, au moyen d'une somme disponible par la restitution d'une portion de secours accordé à un membre de la Société il y a 4 à 5 ans, a pu envoyer une subvention au médecin en question et que l'on fera les démarches nécessaires pour régulariser la situation du malheureux Dr X..., si cela est accepté par la Société locale à laquelle il a appartenu de longues années.

En présence de ces explications l'Assemblée décide que tous les fonds disponibles seront laissés à la disposition du *Conseil de direction* en vue de l'éventualité suivante :

Le Directeur résume l'état de la question de l'*indemnité de maladie*, actuellement à l'étude de l'*Association générale*. Il estime que cette étude amènera une heureuse solution tant les éléments de

succès sont positifs. Divers membres pensent qu'au contraire l'Association générale n'adoptera pas l'œuvre.

L'Assemblée décide que, si cette fâcheuse solution venait à se produire, toutes les ressources du *Concours* et toute l'activité des membres du conseil de direction seraient consacrés à la propaganda et à l'établissement de *l'œuvre de l'indemnité de maladie*.

Le président donne lecture des questions à l'ordre du jour :

1° Adresse aux sénateurs et députés pour la Revision des lois de l'an XI et pour l'interprétation plus large de la loi de mars 1884 sur les syndicats professionnels.

« L'adresse que nous vous proposons de faire parvenir à nos législateurs, dit-il, nous venons de la discuter dans la séance de l'Union des syndicats. Le Concours médical s'y est associé et a demandé, avec l'Union, la *reconstitution de la Commission extra-parlementaire* des médecins législateurs. (Assentiment).

Le Conseil de Direction vous propose, Messieurs, d'écrire une lettre qui sera transmise par le Directeur à *l'Association des journalistes médicaux*, pour qu'ils veuillent bien s'associer à la nouvelle campagne qui va être faite en faveur de la revision des lois de l'an XI et de la loi du 24 Mars 1884, sur les syndicats professionnels » (Adopté).

M. le Dr *Baratoux* dit à l'Assemblée que dans certaines circonstances on a pu voir des personnes se procurer le diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé en faisant passer leurs examens par des tiers ; il dit que dans d'autres circonstances on a vu délivrer les mêmes diplômes à des individus condamnés antérieurement à des peines infamantes. Il demande au Conseil de Direction de s'adresser à qui de droit pour empêcher ces abus qui portent atteinte à la considération du Corps médical.

Il estime qu'une photographie, une carte d'identité facile à établir et à exiger des candidats au moment de passer des examens, la production du Casier judiciaire, mettraient un terme à ces pratiques.

L'assemblée décide que les observations de M. Baratoux seront prises en considération et feront l'objet d'une enquête du Conseil de Direction, qui portera aussi sur les moyens d'établir l'identité des nourrices qui demandent des *certificats*.

Le *Directeur du Concours* dit ensuite :

— « Messieurs, nous arrivons déjà à une heure très avancée ; mais nous saurons faire tous encore un sacrifice aux intérêts médicaux et je vous prie de faire les propositions que vous jugerez utiles, afin de les discuter.

Je dois d'abord donner la parole à notre distingué confrère, M. le Dr Maréchal (de Brest). Il lui a paru avantageux de tracer, au sujet des remplacements entre confrères, quelques règles générales qui, sans être impératives, seraient pourtant utiles à consulter, si, comme je l'espère, nous arrivons à les formuler. »

M. le Dr Maréchal croit qu'il suffira d'étudier la question dans le *Concours médical*, dans le cours de l'année. (Assentiment général.)

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS :

(Le Directeur) : Nous vous avions fait espérer, Messieurs, une conférence de M. le docteur *Lande* sur l'institution que le *Concours médical* a créée, en adoptant le système de notre cher confrère. M. *Lande*, sans doute, a été empêché, au dernier moment, de se rendre à notre invitation, puisque nous n'avons pas reçu de ses nouvelles à cette heure. Nous serons sûrement plus heureux l'année prochaine et, d'ailleurs, nous avons publié le très satisfaisant état de situation de la caisse en Avril 1889.

M. le Dr Gassot développe la proposition suivante : »

La société civile du Concours Médical émet le vœu que l'Inspection médicale des écoles, dont l'existence est prévue par la loi sur l'enseignement primaire, soit instituée d'une manière obligatoire dans tous les départements.

Ce vœu, ajoute notre confrère, n'a pas besoin d'être longuement motivé : le père de famille qu'on oblige à envoyer son enfant à l'école, doit être certain que cet enfant ne lui reviendra pas avec la gale, la teigne ou toute autre maladie contagieuse.

Quelques villes, quelques départements ont organisé une inspection de ce genre, et partout elle a rendu de grands services à la santé publique, mais ce ne sont là que des faits isolés et il y aurait avantage marqué à en demander la généralisation.

Il est impossible que les pouvoirs publics répondent à notre vœu par une fin de non recevoir. »

L'assemblée approuve les arguments de M. le Dr Gassot en faveur de la proposition et elle décide que le vœu sera transmis à M. Monod, directeur de l'Assistance publique en France.

Le Président clôt la séance en ces termes :

« Messieurs : en vous remerciant, au nom de la Société, du concours actif que vous nous avez tous prêté, je tiens à vous avertir qu'après le café notre confrère, le Dr Labonne, intrépide explorateur, voudra bien, non pas vous raconter, mais vous faire accomplir, de visu, avec l'aide de M. *Molteni*, le rude et long voyage qu'il a fait en Islando. Je le remercie par avance de son aimable attention. A table, Messieurs, la séance est levée. »

BANQUET

Le Banquet du *Concours médical* et de l'*Union* a eu lieu à 7 heures. Les convives se pressaient dans le *Salon des Dames* ; aucune place n'était vide et l'immense table s'est promptement animée au feu des conversations amicales.

Au champagne, le Directeur du Concours a porté son toast habituel aux Membres de la Société absents, aux invités et aux convives; il a récolté les applaudissements inévitables en pareille circonstance. — A son tour, M. le Dr Dulaurier, le nouveau président de l'*Union*, s'est levé et s'est exprimé en ces termes :

Toast de M. Barat-Dulaurier.

Messieurs,

Je suis certain d'être en communauté de sentiment avec vous en vous proposant de porter un toast au Dr Cézilly, au *Concours médical* et à ses œuvres.

Dans une revue qui vous a tous intéressés, M. le Dr Gassot vous a dit aujourd'hui ce que notre éminent directeur avait su accomplir dans cette période de dix années. La société le Concours, qu'il a fondée, et le journal qui en est l'organe, ont été mêlés à toutes les questions professionnelles qui peuvent nous intéresser et leur ont donné une impulsion jusqu'alors inconnue.

Pour faire cesser l'isolement funeste dans lequel se trouvaient les membres du corps médical, bien avant la loi sur les syndicats professionnels, le Dr Cézilly a provoqué la création des Syndicats médicaux, et, pour resserrer encore davantage les liens de solidarité qui doivent nous unir, il a favorisé de tout son pouvoir la constitution de l'Union des syndicats médicaux de France, dont nous célébrons aujourd'hui la fête, inséparable de celle du Concours.

La revision de la législation médicale a bien vite attiré l'attention de notre directeur et les études qu'il a provoquées ont été le point de départ des projets déposés au Parlement, comme elles resteront des documents à consulter pour les projets à venir.

A notre époque les institutions de prévoyance ont acquis un développement considérable. Le Concours a créé la caisse des pensions de retraite du corps médical français, qui doit assurer l'avenir à ses membres. Pour sauvegarder les intérêts matériels du présent, il a fait des efforts sérieux en vue de créer des sociétés d'assurances contre la maladie. Quelques-unes fonctionnent déjà. L'impulsion est maintenant donnée et l'Association générale a dû mettre la question à l'étude.

Poursuivant son œuvre de confraternité, le Dr Cézilly a été l'initiateur de l'œuvre de protection des pupilles du corps médical dont les membres sont morts victimes du devoir professionnel, et il a su intéresser à cette œuvre les personnalités les plus influentes et les plus éminentes du pays.

Enfin, cherchant à établir entre les membres de la presse médicale cette union qui fait la force de la presse politique, il a été un des fondateurs, je devrais dire le principal initiateur du Syndicat de la presse médicale.

Voilà, Messieurs, les œuvres accomplies dans un nombre d'années relativement bien restreint. Ces œuvres resteront, car elles étaient nécessaires et sont venues à leur heure. Elles constitueront pour le Dr Cézilly, des titres de gloire et le désigneront à la reconnaissance du corps médical français.

Au Dr Cézilly, au Concours Médical, au développement et au perfectionnement de ses œuvres. (Applaudissements prolongés.)

M. le Dr Cézilly a remercié MM. *Dulaurier* et *Gassot*, ainsi que ses nombreux et dévoués collaborateurs.

M. le Dr Maurat, membre du conseil de Direction et secrétaire de l'Union, remercie l'assemblée de sa nomination au poste difficile qu'on lui a confié. Il porte à M. le Dr Dulaurier et à M. Chevandier un toast chaleureusement applaudi.

M. Chevandier, député de la Drôme, se lève à son tour, et il s'exprime en ces termes :

Toast de M. le Dr Chevandier.

Mes chers confrères, permettez-moi de dire mes chers amis,

Je tiens à exprimer tous mes remerciements à notre excellent confrère pour le toast qu'il a bien voulu me porter, et à vous-même pour les témoignages de sympathie avec lesquels vous l'avez accueilli. Je sens tout l'honneur qui m'en revient et je me trouve récompensé bien au delà de ce que j'ai pu faire pour notre association.

Je suis des vôtres depuis le jour où notre habile Directeur voulut bien m'initier à ses projets. Je goûtai ses idées; je les aimai; et, comme il m'arrive toujours, dès qu'une conception me plaît, j'en devins l'adepte fervent, le zélateur passionné.

Je trouvai dans tout le personnel de l'administration du *Concours médical* des sentiments d'une bienveillance telle que j'y répondis et par une cordialité bien sincère et par un dévouement absolu à la réalisation de leurs idées. Le *Concours*, en devenant l'organe de nos intérêts professionnels, préparait l'avènement prochain de la Société qui porte son nom et qui nous vaut chaque année de nous retrouver ici à ce banquet confraternel, et mieux encore de constater, dans l'assemblée qui le précède, les progrès constants de vos œuvres de solidarité, dont l'initiative revient souvent à M. le Dr Cézilly.

En un tel milieu, comment ne pas se réjouir d'avoir été convié, au début, à participer aux travaux de la commission formée en vue d'établir un projet de loi tendant à reviser la loi du 19 ventôse an XI ? Ce travail préparé, mon rôle personnel était tout tracé, de le porter au Parlement et d'y multiplier nos efforts afin qu'il aboutît.

C'était téméraire. Mais la témérité est incompatible avec une reculade devant les obstacles accumulés. La caducité nous frappe dans notre œuvre, car elle est vôtre et je me plais à le répéter afin que nul ne l'oublie, elle ne nous décourage pas. Obstiné jusqu'à l'entêtement, je déposerai pour la 3e fois sur le bureau de la Chambre une proposition que je crois juste et qui fut votée il y a 42 ans par la Chambre des Pairs. Et le progrès donc ! Que devient-il ? Parfois il recule.

Le projet ministériel ne nous a pas protégé. Il est tombé avec le nôtre.

Je n'en éprouve nul regret. Sera-t-il repris par le gouvernement ? Je l'ignore.

Toutefois, sans m'en préoccuper davantage, je le répète, vous pouvez compter sur mon dévouement, comme par le passé, à nos intérêts professionnels solidaires et aux intérêts sociaux considérables, si bien défendus par le *Concours médical*. (*Applaudissements*).

Toast du Dr Lardier.

Je vous ai dit tout à l'heure, que pour le succès de nos revendications professionnelles, je croyais qu'il était nécessaire que l'on créât autour des questions que nous avons soulevées une certaine agitation dans la presse extra-médicale. Bien que plusieurs de nos collègues aient prétendu que cette agitation dans la presse pouvait nous être plus nuisible qu'utile, je n'en persiste pas moins à croire que nous ne pouvons que bénéficier de ce moyen de propagande.

Je suis convaincu que ceux de nos confrères qui ont leurs grandes entrées dans la presse politique peuvent nous rendre les plus grands services. A ce propos, messieurs, je vous demande de boire à la santé de M. le Dr Monin, notre distingué collègue, et à celle de nos confrères de la presse politique ; enfin à celle des hommes de bonne volonté qui voudront bien soutenir de leur plume et de leur autorité nos intérêts professionnels. »

Le Dr *Monin* remercie le Dr Lardier des paroles trop bienveillantes qu'il vient de prononcer, et dit qu'il est heureux et fier, en toute circonstance, de mettre sa plume de journaliste à la disposition de tous ses confrères. Il boit à la prospérité du *Concours médical*, hygiène et morale professionnelles en action !

M. *Franck-Chauveau*, sénateur de l'Oise remercie les médecins présents de leur bon accueil et leur promet d'examiner leurs desiderata avec une vive sympathie ; il met à leur entière disposition l'influence dont il peut disposer. (*Applaudissements répétés.*)

M. *Le Gendre* boit à M. Franck-Chauveau, qui depuis plusieurs années a donné au Concours médical d'incontestables preuves de cette sympathie et a bien voulu faire partie de la Société de protection des victimes du corps médical.

Un membre du Concours se lève et porte un toast, que nous tenons à ne pas omettre, à notre conseil financier, M. *Chanlaire* qui rend de très grands services aux membres du Concours.

Il est accueilli par des applaudissements unanimes.

2e toast de M. le Dr Barat-Dulaurier.

Je vous demande pardon, messieurs, de prendre une seconde fois la parole, mais je suis certain que vous vous associerez à moi pour boire à la santé de M. le Dr *Leroy*, mon prédécesseur à la présidence, et à celle de notre conseil judiciaire.

M. *Chastenet*, que vous avez bien voulu accepter comme conseil, sur ma proposition, n'a pas attendu ce moment pour mériter notre confiance. Mais je suis aujourd'hui bien heureux de voir que, dans les hautes sphères gouvernementales, on a su apprécier ses services comme nous les avions appréciés nous-mêmes.

M. Chastenet occupe les hautes et délicates fonctions de chef du contentieux à l'Exposition universelle et de plus, au début même de cette grande manifestation de la force et de la valeur intellectuelle, morale et industrielle de notre pays, notre conseil judiciaire et ami, M. Chastenet, recevait la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Messieurs, permettez-moi de lui adresser nos communes félicitations et de boire à ses succès à venir » (*Applaudissements*).

Réponse de M. Chastenet.

Messieurs,

Je suis vraiment confus des paroles trop flatteuses de M. le docteur Barat-Dulaurier. Puisqu'on a bien voulu vous rappeler que votre conseil judiciaire est devenu celui de l'Exposition universelle, permettez-moi un rapprochement naturel. Notre orgueil national a constaté avec joie le grand succès de l'Exposition. Jamais en un point déterminé du globe on n'a vu converger et se concentrer tant d'efforts et de résultats, tant de richesses matérielles ou morales, si bien qu'on sent au Champ de Mars comme le cerveau du monde et le cœur de la patrie.

Il faut avouer cependant que la plupart des visiteurs, éblouis par tant de merveilles accumulées avec une si prestigieuse intensité de relief et d'éclat, s'arrêtent à la superficie des choses et qu'un bien petit nombre se préoccupent de l'effort accompli dans le domaine médical. L'Exposition n'est pas cependant qu'une exposition de choses, elle est aussi une exposition d'idées ; celles-ci ne s'étalent pas dans les vitrines, mais elles ont tenu leurs assises dans de nombreux congrès. La médecine a eu les siens. En outre, ses méthodes ont figuré avec honneur dans les Expositions spéciales de l'hygiène, de l'économie sociale, de l'assistance publique, du service anthropométrique. L'ensemble des résultats qu'elle a produits est tel que, quoique l'on ait dit que notre siècle était celui de l'industrie, dont les progrès sont en effet vertigineux, on peut dire que le médecin a fait des pas non moins grands dans une route non moins féconde. Comme bienfaiteur de l'humanité M. *Pasteur* ne le cède en rien à M. *Edison* !

Je n'ai point qualité pour vous parler des découvertes accomplies dans le domaine pur de la médecine ; il serait trop long d'énumérer ce que lui doivent d'autres sciences : elle a renouvelé la philosophie, montré la route au positivisme, à la doctrine de l'évolution, et fondé une psychologie nouvelle, la psychologie physiologique et expérimentale. A la justice elle rend tous les jours les plus grands services par ses expertises médico-légales et ses tables anthropométriques.

Non seulement votre science est la première de toutes, puisqu'elle est celle de l'homme dans toutes ses fonctions, y compris celles du cerveau, mais le rôle du corps médical dans notre société moderne est tout à fait incomparable. Il tient aux fortes et parfois douloureuses études qui conduisent à l'exercice de votre profession, à votre rayonnement sur tous les points du territoire dans chaque commune, dans chaque hameau, à travers toutes les couches sociales. C'est ainsi que vous répandez à profusion non seulement les secours matériels, mais les secours moraux ; que vous faites pénétrer partout les principes d'hygiène ; que vous vous efforcez de préparer des générations fortes, à l'avenir.

Le rôle du médecin m'amène à une réflexion par laquelle je termine. On a remarqué que chaque profession tendait à développer une qualité ou un défaut qui en est comme la caractéristique. Or, si la médecine doit par son exercice et son habitude, développer un sentiment, c'est bien le dévouement, le désintéressement et l'esprit de charité. Alors quelle misérable accusation n'est-ce pas, que celle qui tend à représenter vos syndicats comme formés dans un but de mesquine avidité ? Quoi ! tandis que de tous côtés on s'associe, on se syndique, vous dont la profession est si pénible et souvent si mal rémunérée, vous seuls n'auriez pas le droit de vous unir, de vous compter dans un but de liberté et de dignité. Oui, chacun de vous a le droit de prendre à son compte le vers de Musset :

« La fortune pour moi, n'est que la liberté. »

C'est pour vous que le mot honoraire a été bien fait, car pour vous il exprime l'idée d'honneur. Messieurs, je bois à la médecine, aux médecins, et aux syndicats médicaux ». (*Applaudissements*).

Le Dr *Lécuyer* remercie ses confrères de l'honneur qu'ils lui ont fait en le choisissant, avec son compatriote et ami, M. le Dr *Maurat*. Il boit à leur santé, ainsi qu'à celle des membres absents des syndicats et du Concours médical. (*Applaudissements*).

Divers membres ont fait ensuite des motions que nous n'avons pu recueillir.

On passe au *Salon des Dames*, où se trouvent servis le café et les liqueurs.

Les conversations les plus animées s'engagent. Elles sont interrompues un instant par la pièce de vers de M. le Dr Boyer, chaleureusement applaudi.

La soirée se termine par l'intéressant voyage en *Islande* de M. le Dr *Labonne*, aidé par les *projections* de M. *Molteni*, qui n'a voulu recevoir d'ailleurs aucune rétribution pour ses peines.

Nous les remercions vivement tous les deux au nom des assistants, enchantés de la séance.

On se sépare à minuit, en se donnant rendez-vous pour 1890.

Nous avons pu noter parmi les Assistants, à l'Assemblée ou au Banquet :

MM. Franck-Chauveau, sénateur de l'Oise.
Chevandier, député de la Drôme.
Leroy, de Villiers-le-Bel (Union des Syndicats de S.-et-O.)
Maurat, de Chantilly (Syndicat de l'Oise).
Lardier, de Rambervilliers (Syndicat des Vosges).
Bounel (Syndicat de Lot-et-Garonne).
Destrem, de Paris (Syndicat du XVIIe arrondissement).
Maréchal (Syndicat de Brest).
Defourmestreaux (Syndicat de Versailles).
Gibert, du Havre (Syndicat du Havre).
Augé, de Pithiviers (Syndicat de Pithiviers-Loiret).
Bibard (Syndicat de Pontoise).
Toussaint (Syndicat d'Argenteuil).
Lécuyer, de Beaurieux (Syndicat d'Aisne-et-Vesle).
Mignen, de Montaigu (Syndicat de la Vendée).
Lamiable, de Château-Porcien (Syndicat de Rethel, Ardennes).
Rousseau, de Laon.
Telliez, du Pas-de-Calais.
Coriveaud, de Blaye.
Gauchot, de Chambois (Orne).
Razin, d'Etampes (Seine-et-Oise).
Dulaurier.
Le Moaligou, de Quimperlé (Finistère).
Lagarde, de Vals.
Cottard, de Paris.
Bernède, d'Agen.
Porson (du Syndicat de Nantes).
Chastenet, Conseil judiciaire de l'Union.
Gémin, de Châteaubriant.
Leroy, de La Boissière (Somme).
Guéneau, de Nolay (Côte-d'Or.)
Charnaux, de Vichy.
Lepage, de Paris.
Moreau, de Versailles.
Gérard, de Savenay.

MM. Gourrège (Syndicat du Cher.)
Ladmiral (Syndicat de Corbeil.)
Katz, de Pontoise.
Capron, de Chaumont-en-Vexin.
Merle, de la Ferté-Alais.
Le Gendre, de Paris.
De Châteaubourg, d'Alfortville.
Baratoux, de Paris.
Gassot, de Chevilly.
Rigabert, de Saacy.
Benard, de Saint-Germain.
Daprey, de Paris.
Lordereau, Conseil judiciaire du Concours.
Horcholle, de la Ferté-sous-Jouarre.
Aiguillon de Sarran, Paris.
Lesguillon, de Compiègne.
Pineau, de Poissy (S.-et-O.)
Grellety, de Paris.
Barthès, de Limour.
Lemaire, de Compiègne.
Chevallier, de Compiègne.
Andrieu, de Paris.
Boyer, de La Celle Saint-Cloud.
Cézilly (Henri).
Cézilly (Paul).
Cézilly (Jules).
Apostoli, Paris.
Cadier, Paris.
Chevallereau, Paris.
Desnos, Paris.
Jasienski, Paris.
Labonne, Paris.
Monin, Paris.
Monet, Paris.
Masseip, Paris.
Raffegeau, Paris.
Souplet, de Nogent-le-Rotrou.
Chanlaire, conseil financier du Concours.
Molteni.
Rongier, Editeur du Concours.

Le Directeur Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX Frères, place Saint-André, 3.

Onzième année **No 45** 9 Novembre 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Pulvérisations de cocaïne dans la laryngite striduleuse et dans la diphthérie.

M. *White* fait connaître dans le *Cvuada Practitionner* les bons résultats qu'il a obtenus en faisant aux enfants atteints de laryngite striduleuse des pulvérisations avec uue solution de cocaïne à 4 %. L'action anesthésique locale et le pouvoir astringent de la cocaïne trouvent ici une double application, l'une en faisant cesser le spasme, l'autre en combattant l'inflammation catarrhale.

Dans la diphthérie, M. White préconise l'emploi de la même solution, en la mélangeant avec partie égale d'une solution antiseptique. L'auteur conseille une pulvérisation toutes les deux ou trois heures suivant les cas. Mais chez les enfants jeunes il faudrait, croyons-nous, être un peu réservé dans l'emploi de la cocaïne qui, absorbée à la longue, en quantité excessive, pourrait provoquer des troubles toxiques.

Le somnal.

M. *Boymond* parlait récemment à la *Société de thérapeutique* (24 octobre) d'un nouveau médicament hypnotique, le somnal (éthyl-chloral-uréthane), préconisé par Radlauer. Voici comment on peut le prescrire :

Somnal...........	10 grammes.
Eau distillée.......	45 —
Sirop de framboises.	20 —

On en donne le soir une cuillerée à soupe, qui représente 2 grammes de principe actif. Le sommeil survient une demi-heure après l'ingestion et dure calme de 6 à 8 heures sans influencer ni la digestion, ni le pouls, ni la respiration, ni la température, au dire de Radlauer.

Action diurétique des sucres.

M. *Dujardin-Beaumetz* disait, dans la même séance de la Société de thérapeutique, qu'il avait essayé de rendre glycosuriques des sujets en leur faisant ingérer de grandes quantités de glycose (200 à 300 gr. par jour de sirop de glycose contenant 75 % de glycose) et qu'il n'a pu y réussir. On obtient l'effet diurétique qu'il a fait connaître antérieurement comme complément des recherches de M. Sée sur le pouvoir diurétique de la lactose ; mais on ne voit pas le sucre paraître dans les urines. M. Beaumetz pose la question de savoir ce que devient cette grande quantité de glycose après son introduction dans l'organisme. On admet que la glycose alimentaire est emmagasinée dans le foie sous forme de glycogène, pour repasser à l'état de glycose progressivement au fur et à mesure des besoins de l'organisme, qui brûle dans tous les tissus, pour faire la chaleur et la force, plus d'un kilogramme de sucre par jour. Lorsque le foie est lésé anatomiquement ou fonctionnellement, il ne réussit plus à arrêter le sucre venu de l'intestin, à l'emmagasiner dans ses cellules, et, après chaque ingestion de sucre alimentaire, on voit apparaître la glycosurie. C'est ce qu'on nomme la glycosurie alimentaire ou hépatique.

A propos des diurétiques, M. *C. Paul* faisait observer, que si malheureusement les substances ainsi dénommées agissent efficacement quand le rein est sain, elles cessent d'agir quand celui-ci devient malade, c'est-à-dire précisément alors qu'on aurait besoin d'avoir recours aux diurétiques. C'est un axiome à peu près universellement admis de ne pas toucher aux sujets dont le rein fonctionne mal. Dans bien des cas pourtant on aurait tort d'observer une abstention systématique. Chez certains sujets en état d'hydropisie généralisée auxquels les diurétiques ne font plus rien, si on pratique au thermo-cautère une ponction qui entretienne un certain écoulement de sérosité, quand la pléthore séreuse générale est

moindre, le rein redevient sensible à l'action de la digitale et des autres diurétiques.

La digestion gastrique chez les phthisiques.

Hildebrand a constaté que, chez les phthisiques dont la température vespérale ne dépasse pas 37° 8, le suc gastrique contient son taux normal d'acide chlorhydrique libre ; cet acide disparaît complètement de l'estomac des phthisiques ayant une fièvre continue ; chez ceux qui sont apyrétiques le matin et fébricitants le soir, l'acide chlorhydrique, présent le matin dans la sécrétion gastrique, disparaît dans la période vespérale. Si chez un phthisique fébricitant on abaisse artificiellement, la température aux environs de 37°, la sécrétion chlorhydrique reparaît.

Ces faits ne sont pas sans importance pratique. La présence de l'acide chlorhydrique libre, agissant comme parasiticide, s'oppose à l'infection de l'intestin par les bacilles des crachats déglutis et retarde l'apparition de l'entérite tuberculeuse.

D'autre part, même avec un appétit défectueux, le phthisique dont le suc gastrique a son taux normal d'acide chlorhydrique continue à digérer convenablement : chez lui donc on peut conseiller la suralimentation malgré l'anorexie.

Enfin, pour maintenir l'intégrité de la digestion gastrique, il est indiqué d'empêcher la température des phthisiques de dépasser 37°8. L'antipyrine remplit cette indication. Si on ne réussit pas à abaisser la tempétature et qu'on veuille assurer la digestion, il est indiqué de donner au phthisique une certaine quantité de solution chlorhydrique peu de temps après le repas.

Klemperer a trouvé que la quantité d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique des phthisiques est plutôt augmentée au début de la maladie ; souvent elle est normale et rarement diminuée. La diminution est au contraire constante et considérable dans la dernière période.

Les fonctions motrices de l'estomac commencent à faiblir dès le début de la phthisie et vont en diminuant de plus en plus jusqu'à la fin. L'administration de l'acide chlorhydrique ne convient donc qu'à la dyspepsie des phthisies avancées ; les troubles dyspeptiques initiaux sont justiciables surtout des médicaments qui excitent la contractilité gastrique (gentiane, rhubarbe, strychnine, de l'électricité, du massage).

Pneumothorax au cours d'un accès d'asthme; utilité de la thoracentèse dans le pneumothorax.

Depuis Laennec qui a rangé l'emphysème parmi les causes possibles du pneumothorax, plusieurs observations de ce genre ont été publiées. Elles sont cependant assez exceptionnelles pour qu'il y ait intérêt à connaître celle que vient de recueillir M. Troisier. (*Société médicale des hôpitaux*).

Une femme de 27 ans, sujette aux accès d'asthme depuis l'âge de 19 ans, a, deux jours après un violent accès, une fièvre de 40°5, le pouls est petit et fréquent. On constate dans tout le côté gauche du thorax souffle amphorique et tintement métallique, refoulement du cœur à droite. L'intensité de la dyspnée encourage M. Troisier à faire la thoracentèse avec l'aspirateur de Potain, 2 litres 1/2 environ d'air sont extraits, le soulagement est rapide. Les signes du pneumotorax n'étaient plus le soir perceptibles qu'au sommet et avaient disparu complètement le lendemain. Il ne s'est pas produit de pleurésie consécutive. La fissure du poumon a pu se cicatriser rapidement parce que l'air contenu dans la plèvre a pu être évacué dès le lendemain de la production du pneumothorax. Il est à noter que le tintement métallique

FEUILLETON

L'ACCOUCHEUR PERSÉCUTÉ

POÈME TRAGI-COMIQUE

Lu après le banquet du 20 octobre.

Par le Dr Pierre Boyer.

Le docteur Stramonis était un médecin
Très fort — sur l'huile de ricin.
Il n'était pas doué d'une belle stature,
Il ne se distinguait non plus par la figure,
Mais il portait habit d'une grave longueur,
Un chapeau tubuleux d'imposante hauteur,
Pantalon noir, cravate blanche,
Tous les jours de semaine aussi bien qu'en di-
[manche.
Dans une voiture d'osier,
Que l'on appelle panier,
Et dont les deux roues à patente
Semblaient aux naturels une chose épatante,
Notre médecin accoucheur roulait,
Comme un chat qui boit du lait,
Lui, pauvre docteur de village,
Vers un brillant château du voisinage.
Il en aurait été très gai
S'il n'eût été trop fatigué ;
Surmené comme bête de somme,
Il n'avait pas dormi son somme,
Ayant fait quelqu'accouchement,
Prescrit un vomitif, peut-être un lavement,
Pendant qu'au dessous des étoiles
La nuit charbonnait ses toiles.
Crever de fatigue ou de faim,
Inévitablement c'est la fin
Dans le vallon ou la montagne
De tout médecin de campagne.
Mais.... s'il médecinait dans les châteaux,
Il filerait des jours plus beaux,
Payerait un chapeau de velours à madame,
Car Stramonis possédait femme,
Une belle femme ! Et trois gros enfants aussi,
Qui lui causaient un grand souci.
Y compris le cheval et la forte servante,
C'était six ventres à nourrir!
Et tous avec une vorace entente
Aimaient mieux enfler que mourir.
Tandis qu'il bâtissait des châteaux en Espagne,
Un homme haletant courait dans la campagne
Après le panier du docteur.
A son allure, il semblait avoir peur
Que la mort fauchât son malade,
Comme un ver blanc une salade,
Et l'on entendait sortir de son sein :
« Mossieu le médecin.... Mossieu le médecin ! »
Mais Stramonis, volant comme une abeille,
N'avait pas le loisir de prêter son oreille
A quelque fâcheux contre-temps,
S'il voulait arriver à temps
Pour soulager la châtelaine
Que l'on avait dit être à bout d'haleine.

existait sans qu'il y eût de liquide dans la plèvre et qu'on entendait du souffle amphorique, alors qu'il n'y avait pas persistance de fistule broncho-pleurale.

M. *Rendu* a observé, chez un enfant de 2 ans, un pneumothorax à la suite d'une quinte de coqueluche. La thoracentèse, faite d'urgence à cause de l'intensité de la dyspnée, ne donna issue qu'à de l'air, mais amena la cessation immédiate de la suffocation et rapide de la cyanose.

M. *Juhel-Renoy* vient de soigner un homme non tuberculeux, mais emphysémateux, atteint de pneumothorax.

La thoracentèse a retiré un litre 1/2 d'air et 60 gr. de liquide citrin un peu louche : or on n'entendait chez le malade avant la thoracentèse ni égophonie, ni pectoriloquie aphone, ni amphorisme, ni tintement métallique, ni bruit de succussion hippocratique, malgré la présence du liquide et de l'air dans la plèvre.

M. *Desnos* cite un autre cas de pneumothorax rapidement soulagé par la soustraction de l'air.

Hystérie et tabagisme.

M. *Gilbert* a présenté à la Société des hôpitaux un homme de 62 ans qui, employé depuis 40 ans dans une manufacture de tabacs, a les mains et les bras continuellement en contact avec le jus de tabac; en outre, il fume, prise ou chique tout le temps.

Il y a un an, il a ressenti des troubles de la motilité des membres inférieurs qui disparurent assez rapidement sous l'influence des agents esthésiogènes.

Cet homme, ayant repris ses occupations, eut une rechute progressive. Outre les troubles des membres inférieurs, il y eut hémiplégie gauche avec anesthésie sensitive et sensorielle. La guérison survint encore par les mêmes moyens qui guérissent l'hystérie. M. Gilbert a diagnostiqué l'hystérie tabagique.

M. *Hayem* critique l'emploi qu'on fait aujourd'hui du mot hystérie pour désigner non plus seulement une névrose spéciale, bien classée jusqu'ici en nosologie, mais encore un syndrome commun à tous les états morbides, notamment à beaucoup d'intoxications. Il craint que la confusion dans les mots n'entraîne quelque jour la confusion dans les choses.

M. *Letulle*, qui a soigné aussi le malade de M. Gilbert, approuve le diagnostic d'hystérie tabagique. Les hystéries dites toxiques diffèrent de l'hystérie classique par l'absence des crises nerveuses, mais elles s'en rapprochent étroitement par l'existence des mêmes troubles nerveux, moteurs et sensitifs, sans lésions matérielles appréciables et par la curabilité de ces troubles sous l'influence d'une thérapeutique insignifiante (les aimants par exemple).

M. *Ballet* ajoute que dans les hystéries toxiques les troubles sensitifs et moteurs se combinent avec d'autres accidents d'hystérie vulgaire, paralysies, contracture, etc. En outre, chez les individus atteints d'hystérie toxique, il existe presque toujours une prédisposition antérieure : ce sont des névropathes, des dégénérés. Quant au malade de M. Gilbert, on peut admettre qu'il en était ainsi. Autrement on ne s'expliquerait pas que l'action du tabac ait mis 40 ans à produire les accidents nerveux tout à coup observés. Quelque cause occasionnelle a dû faire éclater l'intoxication latente jusque là, comme cela se voit souvent dans l'hystérie saturnine.

L'urticaire chez les enfants.

M. *Comby* pense que l'urticaire chez les enfants est toujours le résultat d'une intoxication d'origine digestive. La dentition n'aurait pas

Sur une côte on arrivait,
Et Stramonis avait
De son joujou de voiture
Eté forcé de ralentir l'allure.
Il avait pour cheval un poney tout mignon,
Tout petit ; Colibri, c'était son nom ;
Il ne faut pas, pour faire honneur à ses affaires,
Un gros cheval qui mange en foin les honoraires.
Avec quelqu'espoir le piéton arpentant
Gagnait du terrain en montant.
Un cantonnier flâneur qui cassait une croûte,
Au lieu de tracasser les cailloux de la route,
Malencontreusement arrêta le docteur,
Pour lui montrer du doigt notre entêté coureur.
Le médecin, comme une bonne bête,
Bien qu'il fût très pressé, tourna la tête:
Il reconnut un grand gaillard
Qui se nommait Machelard.
Stramonis s'avisa beaucoup trop tard
Qu'il avait fait une bévue,
Pour ne pas lui parler, l'homme était trop en vue;
C'était un grand coquin d'estaffier,
Maraudeur, maquignon, carottier,
Qui, sa fillette étant en état de grossesse,
Avait au médecin carotté la promesse
De faire à l'opportun moment
Cet insolvable accouchement.
« Nout' médecin, disait-il, ça presse,
« Ne nous laissez point en détresse
« Je crais que nout' fill' est ben mal.. »
Et il faisait semblant de pleurer, l'animal !
Stramonis fort inquiet n'était pas à la noce,
Il était d'entre ceux qui croient au sacerdoce
Du médecin, et, tout en maugréant
Dans le fond de son cœur contre ce mécréant,
Par naïve pitié pour sa progéniture,
Il tourna bride et prit l'homme dans sa voiture.
Le premier qui pâtit du feu sacerdotal,
Fut non pas le docteur, mais le petit cheval.
Machelard se carrait dans le frêle carrosse
Comme un prélat portant et la mitre et la crosse.
Le docteur en souffrait, il plaignait ses ressorts
Qu'avaient payé de nombreux morts.
Tout au bord d'un hameau près d'un bois noir habite
Cet encombrant client d'élite ;
Il se dit nourrisseur, il vend d'étiques veaux,
Et pour la boucherie il tient de vieux chevaux
Dont la carcasse dit la provende chétive.
Halte ! Devant la masure on arrive.
Stramonis, promptement saute de son panier ;
Quatre à quatre, il gravit le branlant escalier ;
Il bouscule sur le palier
Un chien de berger; c'est une femelle,
Une tremblante bête à pendante mamelle,
On croirait presque, à voir son tremblement,
Qu'elle pressent l'obstétrical événement.
Stramonis, qui bouillait d'inquiétude,
Est tout désappointé de l'air de quiétude
De la belle Fanchette, fille de Machélard,
Et de sa maman qui se livre à l'art

d'influence sur sa production. Ephémère, comme après l'usage des moules; elle est fréquente chez les enfants dyspeptiques, nourris prématurément d'aliments grossiers, faisant abus des liquides. M. Comby a trouvé la dilatation de l'estomac chez tous les enfants sujets à l'urticaire. Il a vu plusieurs fois l'urticaire se transformer au bout de quelques années en prurigo chronique, dit de Hebra ou lichen polymorphe ferox de Vidal. On devra donc traiter avec soin l'urticaire chez les enfants par l'hygiène alimentaire (suppression de la charcuterie, des aliments épicés, des poissons de mer et crustacés), par l'antisepsie intestinale et la strychnine contre la dilatation de l'estomac. Comme traitement local, lotions vinaigrées, glycérolé tartrique à 1/20, frictions avec l'huile de foie de morue.

M. *Rendu* et M. *Sevestre* citent le cas de leurs propres enfants qui ont eu des poussées d'urticaire à l'éruption de chaque dent, ou chaque fois qu'ils mangeaient de l'œuf. M. Sevestre ajoute qu'il existait en même temps des troubles digestifs chez le sien.

M. *Merklen* connaît un enfant qui a de l'urticaire chaque fois qu'il boit du vin, d'autres qui jusqu'à 20 ans n'ont jamais pu manger un jaune d'œuf sans avoir une poussée d'urticaire.

M. *Brocq* n'est pas convaincu de la réalité de la transformation de l'urticaire en prurigo de Hebra. La lésion initiale de ce dernier n'est, d'après M. Leloir, ni un élément d'urticaire, ni un élément de lichen au point de vue histologique, mais une lésion spéciale. Il existe chez les enfants des éruptions, dénommées par M. Hardy strophulus pruriginosus, qui simulent l'urticaire et sont souvent la première phase du prurigo de Hebra.

M. *Hayem* a vu chez un de ses malades une urticaire se transformer nettement en prurigo de Hebra au bout de 18 ans. Il connaît une dame qui a une poussée d'urticaire quelques jours avant chaque époque menstruelle. Il y a des cas d'urticaire qu'il est bien difficile d'expliquer par l'intoxication.

MÉDECINE PRATIQUE

ENCORE LA PNEUMONIE

Pneumonie à reprises et pneumonie palustre. — Les propathies. — Questions de thérapeutique.

En se reportant aux deux précédents articles, les lecteurs se rappelleront que j'ai profité d'une observation de pneumonie pour mettre en lumière certaines circonstances, les unes anormales, les autres classiques, mais un peu obscurcies dans ces dernières années par suite de l'orientation actuelle des recherches médicales. J'ai consacré le dernier article à montrer que la notion étiologique du refroidissement est incontestable et qu'elle n'a rien d'incompatible avec la pathogénie microbienne de la pneumonie.

Je voudrais encore relever certains traits de l'observation que j'ai relatée. Ainsi l'irrégularité de la courbe thermique; au lieu d'avoir, à partir du frisson initial, une température constamment fébrile avec des rémissions matinales peu marquées, le malade ayant eu 40° au moment de l'invasion, était redevenu si bien apyrétique le lendemain que, en l'absence de signes stéthoscopiques capables d'éclairer sur la véritable nature de cet accès de fièvre, le diagnostic accès paludéen fut fait par un médecin qui avait plusieurs fois observé antérieurement des accès analogues chez son client, et que ce diagnostic avait été accepté par le professeur consultant. Puis, la température qui était remontée à 40° le troisième jour, retomba à 37°5 le cinquième.

De tricoter des bas de laine.
Tandis que dans son lit la châtelaine
Peut-être agonisait,
Fanchette balançait
D'une hanche sur l'autre.
Sa mère en bon apôtre
Clignait son œil rusé,
Fière de faire aller ce docteur empesé
Dans sa blanche cravate,
Elle paysanne en savate.
Son jupon rouge et court tout relâché,
Fanchette, d'un air lent autant que déhanché,
Se dandinait en légère toilette,
Et montrait par endroits sa gorge de brunette.
En somme pas grand mal, de loin en loin un pli
sur son joli museau. Le docteur sur le lit
La fait étendre,
Puis lui fait prendre
La classique position
Pour pratiquer son exploration.
Il embrasse de l'œil le bois et la vallée,
Fanchette n'en paraît pas par trop désolée.
Il franchit un canal, il pousse jusqu'au col
D'un accès plus étroit que tous ceux du Tyrol;
A son toucher savant, il sent que rien ne presse
Et qu'on aurait le temps de chanter la grand' [messe
Avant d'en arriver à ces vives douleurs
Qui font pousser des cris et sécréter des pleurs.
« Vous m'avez envoyé chercher un peu trop vite,
« On souffre autrement, ma petite,
« Dit Stramonis d'un air fâché,
« Et vous m'avez de la sorte empêché
« De visiter de plus pressants malades. »
Il s'apprête en sortant à combler de bourrades
Le père Machelard, mais le vieil aigrefin
Avait vite filé chez le marchand de vin.
Il voulait s'égayer et nocer en bon drille
Pour pouvoir supporter les douleurs de sa fille.
Vite, il faut redoubler pour aller au château,
Colibri, tu n'es pas à la fin de ta peine,
Des nuages en lourd troupeau,
Pour comble de déveine,
Noircissent l'horizon,
Et l'on entend le formidable son
Des célestes canons qui grondent en tonnerre
Et de feux de Bengale illuminent la terre.
Bien sûr l'orage éclatera,
Tout l'attelage trempera
Dans l'eau comme une soupe,
Et Stramonis baignera
Son doctoral bassin dans la soucoupe,
Car son gentil panier était couvert,
Comme un fossé de route — à ciel ouvert;
Tout est bien préparé pour prendre un bain de [siège.
Mais notre médecin que l'inquiétude assiège,

Faut-il croire, à cause de ce mode de début et de cette intermittence de la fièvre, que la pneumonie n'était pas une pneumonie fibrineuse ordinaire, mais ce qu'on a appelé une *pneumonie palustre* ou une *fièvre intermittente accompagnée pneumonique?* C'est une question qui mérite d'être posée, et, pour l'éclaircir, nous consulterons un récent mémoire publié par le Dr L.-E. Bertrand, professeur à l'Ecole de Médecine navale de Toulon, sur les anomalies du type fébrile dans la pneumonie fibrineuse (1).

L'auteur, qui par la nature même de ses fonctions, a dû acquérir une connaissance approfondie de l'impaludisme, déclare que, si le type subcontinu est le mode fébrile ordinaire de la pneumonie fibrineuse, ce n'est pourtant pas le seul suivant lequel évolue cette maladie, qui peut encore, *sans que l'impaludisme soit en cause*, présenter deux autres types : l'intermittent et le rémittent.

Voici la description du type intermittent : « Une pneumonie survient dont le début et la marche, pendant les deux ou trois premiers jours, ne présentent rien de spécial. La défervescence se fait : avec la chute de la fièvre coïncide une détente complète des troubles fonctionnels, on croit le malade guéri. Mais l'apyrexie ne dure pas. C'est à peine si douze ou vingt-quatre heures se sont écoulées, et voici que brusquement la température remonte, ramenant la dyspnée, le point de côté et l'expectoration sanglante. Pendant ce temps les signes physiques sont restés les mêmes ou se sont accrus. Ainsi reconstituée, la maladie fébrile poursuit son cours selon le mode classique et aboutit, par le mécanisme de la défervescence critique, à une apyrexie qui est définitive ou suivie d'un nouvel épisode semblable à celui qui vient de prendre fin. La durée du processus n'a pas dépassé sept à neuf jours et, suivant le cas, son graphique accuse un ou plusieurs accès. »

(1) *Revue de Médecine*, juillet 1889.

C'est là, comme dit M. Bertrand, une *pneumonie à poussées successives*, qu'il ne faut pas confondre avec le type déjà connu de *pneumonie à foyers successifs*, dans lequel on perçoit successivement les signes stéthoscopiques de plusieurs points pneumoniques distincts.

Dans un poumon ou les deux, M. Bertrand a attiré l'attention sur cette forme anormale pour en montrer les ressemblances avec la *fièvre palustre pneumonique*, ressemblances telles qu'on ne manquerait sans doute pas, dans un pays à malaria, d'attribuer à l'élément malarique les anomalies du type fébrile.

M. Bertrand reconnaît que la première description de la variété morbide sur laquelle il appelle l'attention a été faite par M. Jaccoud, qui lui a donné le nom de *pneumonie à reprises*.

« Cette pneumonie, dit le professeur de la Pitié, est anormale, et l'anomalie consiste en ce que l'évolution, au lieu d'être continue et d'une seule traite, se fait en deux ou trois étapes séparées par des intervalles notables d'apyrexie ; cependant, ces interruptions sont assez précoces et les reprises assez rapides pour que la durée totale de la maladie n'excède pas celle d'une pneumonie qui suit régulièrement son cours.

« Le début est celui de la pneumonie franche, l'atteinte est plus marquée que dans la fluxion de poitrine, les signes stéthoscopiques initiaux sont ceux de la première période de la pneumonie commune. Les choses vont ainsi en progressant pendant deux ou trois jours, puis du troisième au quatrième, plus rarement du deuxième au troisième ou du quatrième au cinquième, une défervescence a lieu avec tout l'ensemble des phénomènes critiques : l'apyrexie et l'euphorie durent vingt-

---

Veut à tout prix courir chez ses riches clients.
En vain voit-il les peupliers pliants
Sous l'effort de l'orage,
En vain des gouttes d'eau lui cinglent le visage,
En vain jusqu'au château n'y a-t-il point d'abri,
Pour arriver plus vite, il fouette Colibri.
Le plus navré des deux n'est pas le quadrupède,
Mais bien celui qui tient le fouet comme bipède.
Jusqu'alors, il avait su traiter son cheval
Bien plutôt en ami qu'en infime animal,
Mais, comme le disait dans sa langue énergique
Velpeau, ce fils épique
De maréchal ferrant : « Il vous faut arriver
Ou crever. »
Tandis que l'eau lui glace au corps sous la chemise,
Le docteur voit le bord de la terre promise,
Mais tout à coup... en arrière il entend
Le lourd galop d'un cheval haletant :
C'est une rosse étique
Qui marche à coups de trique,
Elle a pour cavalier
Un certain estaffier
Qui d'une voix pleurarde
Autant que papelarde
Supplie le médecin de vouloir s'arrêter
Et sur-le-champ de l'écouter :
Il jure ses grands dieux qu'il y va de la vie
De la malade qui se meurt d'hémorrhagie.
« Ne craignez rien ! Ma parole d'honneur !
On vous payera, Mossieu le docteur, »
Fait-il d'un geste éloquent, héroïque,
En élevant sa main droite et sa trique,
Pour prendre le Ciel à témoin.
Stramonis à son tour lève le poing,
Pour protester du fond de l'âme,
Que ce n'est pas l'argent, mais la brûlante flamme
Du devoir médical
Qui lui sert de fanal.
N'empêche pas qu'il trouve, à part lui, débonnaire
De rater le château
Pour un accouchement sans le moindre honoraire ;
Mais, comme le pauvre a le derrière dans l'eau,
Sa volonté mollit sans résistance
Devant la pressante insistance
De l'obstiné roublard
Qui n'est, vous le pensez, autre que Machelard.
L'aventure manque de charme ;
Comme un voleur repris par un gendarme,
Le médecin rebrousse à regret son chemin ;
Quant au château, bonsoir ! Sera-t-il temps demain ?
D'ailleurs il est trempé comme une vieille ombrelle
En naufrage ; chapeau, vêtements, tout ruisselle,
Il est plus dégoûtant qu'un malpropre arrosoir
Et serait conspué des *lapins* de couloir.

(*La suite à l'an prochain.*) Dr P. Boyer.

quatre, trente-six ou quarante-huit heures ; puis la fièvre reprend et s'élève rapidement aux chiffres du début. Pendant l'apyrexie la lésion ne reste pas seulement stationnaire, elle progresse, de sorte que, durant la reprise, on constate les signes de l'hépatisation. Cette reprise est généralement unique et suivie, dans les délais voulus, d'une défervescence définitive. » M. Jaccoud cite cependant un cas où la première reprise a été suivie, après 24 heures d'apyrexie, d'une deuxième exacerbation fébrile. M. Jaccoud spécifie, en outre, pour écarter toute confusion entre la forme dont il parle et la pneumonie à foyers successifs, que « la reprise n'est point associée à une extension ou à un déplacement de la lésion ; celle-ci suit son cours dans le foyer même où elle est tout d'abord apparue et elle n'en dépasse point les limites ».

Etant donné que la ressemblance est si grande au point de vue de la courbe thermique entre la pneumonie à reprises et la fièvre paludéenne à localisation pulmonaire, comment peut-on les distinguer ? On a dit que dans la seconde les lésions pulmonaires et les signes stéthoscopiques disparaissaient en même temps que l'accès fébrile, tandis que dans la première ils restaient stationnaires ou progressaient.

Mais il s'en faut que les choses se passent ainsi, comme le prouve ce passage du beau Traité de la pneumonie de Grisolle : « L'intermission, dit-il, peut être complète dans la fièvre paludéenne pulmonaire, c'est-à-dire qu'indépendamment de la fièvre on voit cesser entièrement tous les accidents locaux et là où, naguère, l'auscultation révélait de la crépitation, on trouve un bruit respiratoire tout à fait physiologique ; c'est ce qui a généralement lieu après le premier ou le deuxième accès. Cependant assez souvent pendant l'apyrexie l'exploration démontre que le poumon n'a pas repris complètement ses propriétés normales. C'est ainsi qu'on peut trouver encore une crépitation rare, grasse, humide, ou bien la respiration est plus rude ou seulement plus faible, ou bien encore on constate une expiration prolongée et même soufflante ; la sonorité de la poitrine dans les points correspondants peut être plus ou moins altérée. Il est donc certain que la lésion pulmonaire peut persister à divers degrés pendant l'apyrexie ; mais ce qui prouve qu'elle ne constitue qu'un élément secondaire de l'affection, c'est son impuissance à exciter la fièvre.... »

Il y a donc lieu de distinguer, avec M. Jaccoud, deux variétés de fièvre accompagnée pneumonique : l'une où la lésion pulmonaire, ne dépassant pas la fluxion, s'efface avec la fin de l'accès fébrile ; l'autre où, la lésion du poumon arrivant à l'hépatisation, les signes stéthoscopiques ne disparaissent pas dans l'intervalle des accès, de sorte que le processus local est continu. Entre cette deuxième variété de fièvre paludéenne à localisation pulmonaire et la pneumonie fibrineuse à reprises ou à poussées successives, il n'y a donc vraiment pas de différences symptomatiques.

D'ailleurs l'expectoration rouillée, la dyspnée, le point de côté subissent de part et d'autre une diminution et une recrudescence parallèles à la marche de la température.

La tuméfaction de la rate que Griesinger a considérée comme caractéristique de l'impaludisme à détermination pulmonaire, peut être observée dans des pneumonies étrangères à la malaria, et l'herpès labialis, qu'on a dit appartenir en propre à la pneumonie commune, peut exister dans la pneumonie palustre.

M. Jaccoud accorde une plus grande importance au caractère différentiel suivant : pas de frisson au moment de la reprise, pas de sueurs au moment de la rémission dans la pneumonie paroxystique non palustre, ces phénomènes étant constants dans la fièvre paludéenne pneumonique.

Enfin, la bactériologie ici rendrait encore un grand service à qui serait en état de l'utiliser ; car on pourrait chercher les pneumocoques dans l'expectoration et les hématozoaires de Laveran dans le sang.

Outre la fièvre intermittente de la pneumonie fibrineuse, M. Bertrand a observé un type rémittent, dans lequel les chutes thermométriques qui séparent les accès ne s'abaissent pas jusqu'au degré normal.

M. Bertrand adopte comme conclusions de son travail fort intéressant les conclusions qu'a formulées d'autre part le Dr Pageaut dans une thèse toute récente : « La pneumonie intermittente non palustre, ou plutôt la pneumonie à type intermittent observée chez un individu non impaludé et dans un pays non paludéen peut guérir et guérit sans sulfate de quinine. Dans un pays palustre et chez un sujet impaludé il n'y a pas à rechercher si une pneumonie ou une fluxion pulmonaire évoluant d'une façon semblable pourraient guérir de même ; de telles expériences ne sont pas à faire. Il faut instituer sans retard la médication quinique ; car, outre qu'elle ne saurait être nuisible, on ne doit pas s'exposer à encourir le reproche d'homicide par omission dans le cas où les événements tourneraient mal. Du reste, cette médication quinique n'empêche pas de recourir à quelques-uns des moyens habituellement en usage dans le traitement de la pneumonie, ventouses, infusion d'ipéca, alcool, etc. »

Dans le cas particulier dont j'ai entretenu le lecteur, les faits sont complexes : le malade était impaludé de longue date, et pourtant sa rate n'était pas bien grosse ; le premier accès fébrile débuta par un frisson et fut suivi de sueurs, mais le second ne fut pas accompagné de frisson et la peau resta sèche à partir de la reprise fébrile jusqu'aux sueurs visqueuses et profuses de l'agonie. Les signes stéthoscopiques n'apparurent qu'à la fin du 5e jour et précisément au moment de la seconde apyrexie. Seule, l'expectoration d'un crachat visqueux et rougeâtre le 4e jour avait mis sur la voie du diagnostic et fait songer à la possibilité d'un foyer pneumonique central, inaccessible encore à l'auscultation. Enfin la quinine fut donnée dès le premier jour et continuée, sans sauver le malade. Les recherches bactériologiques n'ont pas été faites dans le sang et les crachats. En résumé, s'est-il agi d'une fièvre accompagnée pneumonique ou d'une pneumonie vulgaire chez un impaludé ? La question me parait douteuse, bien que je penche pour la seconde alternative.

L'impaludisme, en tout cas, avait joué un rôle important au point de vue de l'issue funeste, en cachectisant progressivement l'organisme, et l'existence d'une vaste et ancienne dilatation de l'estomac, état morbide si ruineux pour l'assimilation et la nutrition, constituait encore une propathie fâcheuse avec le gros foie chroniquement congestionné qui en était la conséquence. Les

maladies antérieures exercent certainement une influence considérable sur l'évolution de la pneumonie et sur la forme qu'elle revêt.

Un homme normalement constitué, sans tares organiques notables, supporte en général très bien cette maladie de dix jours. A moins qu'elle ne soit double, ou qu'une congestion, qu'un catarrhe bronchique très étendus n'existent en même temps que l'hépatisation, le champ respiratoire reste suffisant pour permettre l'hématose.

Tous les auteurs insistent sur l'importance d'une affection antérieure des bronches ou du cœur au point de vue de la mauvaise influence qu'elles exercent sur l'évolution de la pneumonie. C'est surtout du côté du cœur qu'est le danger, et beaucoup de pneumoniques succombent à une asystolie aiguë, surtout quand il y a en même temps une artério-sclérose prononcée et généralisée.

De là l'indication si précise des toniques du cœur dans la pneumonie, maladie où la thérapeutique s'est faite de plus en plus modeste et à peu près uniquement symptomatique. Les succès qu'on a obtenus avec la digitale, et surtout les résurrections étonnantes qu'on a quelquefois avec les injections sous-cutanées de caféine s'expliquent, je crois, par la vigueur que ces médicaments rendent au cœur prêt à défaillir, plutôt que par l'action problématique de la digitale comme antipyrétique et que par la stimulation exercée par la caféine sur le système nerveux.

D'ailleurs on tombe dans de singulières illusions au sujet de l'efficacité des thérapeutiques dans une maladie comme celle-là. Il est si difficile de comparer des pneumonies entre elles !

Il faut d'abord défalquer des statistiques les pneumonies de l'enfance qui guérissent presque toujours, même non traitées, et celles de la vieillesse qui guérissent si rarement, même bien traitées. Il faut tenir compte de l'épidémie actuelle; il est certain que, suivant les moments de l'année, et suivant les années, on assiste à des séries de pneumonies qui guérissent sans traitement, et à d'autres séries où les malades les mieux traités succombent. Car, s'il faut envisager la nature du terrain pour expliquer l'évolution des maladies infectieuses, il y a lieu aussi de faire entrer en ligne les variations dans l'activité des germes infectieux.

Ce n'est donc qu'en réunissant des statistiques triées et portant sur des chiffres considérables qu'on peut arriver à juger la valeur d'une thérapeutique quelconque de la pneumonie : l'expérience personnelle d'un seul médecin, fût-il des plus vieux déjà, est insuffisante pour trancher un tel litige.

On est arrivé pourtant à cette conclusion que les anciennes médications dites contro-stimulantes étaient nuisibles, et les émissions sanguines générales n'ont plus guère de partisans.

La question est déjà moins nette au point de vue des émissions sanguines locales, quelques médecins appliquent encore des sangsues ou des ventouses scarifiées au niveau d'une pneumonie chez un homme très sanguin.

Le vésicatoire compte plus de défenseurs que d'adversaires, du moins dans la bourgeoisie médicale ; il est moins en faveur en haut lieu. J'ai vu beaucoup de médecins les appliquer sans conviction, en disant : «Bien pansé, un vésicatoire, de dimensions modestes est inoffensif ; et, si le malade succombait, la famille me reprocherait amèrement de n'en avoir pas mis. » Il est vraisemblable que si le vésicatoire a une action, c'est sur la zone de congestion qui entoure le point hépatisé, il s'adresse aux vaso-moteurs comme les ventouses sèches et les grands cataplasmes sinapisés fréquemment renouvelés.

L'accord est unanime sur la nécessité de l'alcool à dose d'autant plus élevée que le sujet était antérieurement plus adonné à l'alcool : vieille eau-de-vie, bordeaux, champagne, etc.

L'utilité de l'extrait mou de quinquina m'a toujours semblé problématique ; dans les maladies à haute température, il contribue à rendre la langue sèche et à augmenter la soif.

Ce n'est pas qu'il y ait inconvénient à laisser boire les malades ; bien au contraire, il faut de toute nécesité des boissons très abondantes et aqueuses pour activer la diurèse qui est la porte de salut.

Bien qu'il semble ne pas y avoir de rapport entre la présence permanente de naphtol et de salicylate de bismuth dans l'intestin et l'évolution d'un bloc d'hépatisation pulmonaire, en réalité il nous semble logique de faire, comme M. Bouchard dans toutes les maladies hyperpyrétiques, l'antisepsie du tube digestif, parce que dans toutes ces maladies un des dangers dérive de l'auto-intoxication et qu'en supprimant déjà une des sources des poisons, ceux de l'intestin, on soulage un peu l'organisme. Cela est surtout vrai pour les pneumoniques atteints antérieurement déjà d'une propathie gastro-intestinale ou hépatique. D'ailleurs, dans la pneumonie, les ulcérations intestinales s'observent assez souvent et peuvent devenir des portes ouvertes à des infections secondaires, si l'intestin n'est pas rendu moins septique.

On doit aussi donner les boissons sucrées pour fournir aux cellules du foie le glycogène indispensable à l'exercice de sa fonction de destructeur des poisons.

On donne souvent la quinine dans la pneumonie, même en dehors du paludisme, moins comme antithermique que comme antiseptique général ; car il est rare que la quinine réussisse à abaisser d'une manière notable la température dans la pneumonie, et il n'est pas prouvé que l'acide salicylique et l'antipyrine soient plus utiles.

Je ne parlerai pas des tentatives d'injections intraparenchymateuses qui ont été faites par M. Lépine il y a peu d'années. Elles n'ont pas, à ce qu'il semble, été encourageantes.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ÉCHO DE L'ASSEMBLÉE DU 20 OCTOBRE

De la nécessité de remettre entre les mains des médecins les services de vaccination et de revaccination, par M. *Lardier* (de Rambervillers).

Messieurs,

Le domaine de l'assistance publique ne se borne pas à assurer aux indigents malades les secours médicaux.

Parmi les questions qui dépendent de ce domaine, le service de la vaccination est l'un des plus importants. Aussi ai-je cru, tant au point de vue de l'intérêt général qu'au point de vue des

intérêts professionnels, nécessaire de soumettre à votre appréciation, la proposition suivante : *Devons-nous demander que le service de la vaccination soit entre les mains des médecins ?*

Il semble, de prime abord, que la réponse à cette question soit bien simple.

Mais, lorsque je vous aurai fait part des incidents qui sont survenus à ce propos, soit à l'association syndicale des Vosges, soit au sein du conseil général de notre département, vous verrez que cette question méritait d'être posée.

Il y a quelques mois, le Syndicat vosgien, après une étude très consciencieuse, avait décidé, à la presqu'unanimité de ses membres, qu'il y avait lieu de demander à l'administration préfectorale et aux membres du conseil général la remise entre les mains des médecins du service sanitaire, du service de la vaccination, service qui, dans les Vosges, exclusivement confié aux sages-femmes, laissait, à notre sens, énormément à désirer. Nous avons trouvé le préfet des Vosges disposé à accueillir très favorablement notre demande. Notre administrateur avait même, pénétré qu'il était de la nécessité de modifier cet état de choses, rédigé un rapport très bien fait, rapport qui fut soumis à l'appréciation des membres du conseil général, lors de la dernière session (août 89). De mon côté, je m'étais activement mis à l'œuvre et j'avais fait à tous les conseillers généraux l'envoi d'une brochure spéciale traitant de cette question.

Parmi les réponses qui m'étaient adressées, je trouvais les plus grands encouragements et tout me faisait espérer que la réforme que nous réclamions serait opérée par les soins du conseil général. Quelle ne fut pas notre surprise quand nous eûmes la certitude que le projet préfectoral avait été repoussé et cela grâce à l'intervention d'un de nos confrères, président de l'Association de prévoyance, rapporteur de la commission, et qui avait protesté contre le monopole médical, affirmant que l'inoculation vaccinale était une opération si simple qu'il ne comprenait pas que les mères de famille laissassent à d'autres qu'à elles-mêmes le soin de la pratiquer. Ce grand enfantillage, disait-il, n'était pas digne des fonctions médicales ; le service était admirablement fait par les pauvres sages-femmes. Bref, il n'y avait pas lieu de déposséder ces dernières au bénéfice du corps médical. Les conclusions de la commission de vaccine furent votées après discussion par les membres du conseil général. C'était l'un des nôtres qui nous avait fait battre. Cependant, cette question est destinée à revenir sur le tapis, et c'est pour cette raison que j'ai désiré connaître l'opinion de cette assemblée et que je sollicite son appui, si du moins son opinion est conforme à la nôtre.

Messieurs, la question est plus complexe qu'elle ne paraît l'être. Vous connaissez sans doute cet arrêté ministériel du 20 décembre 1888, aux termes duquel les enfants âgés de plus de 10 ans ne peuvent être maintenus en classe s'ils n'ont été revaccinés. Or, aux termes de cet arrêté, ces enfants doivent être revaccinés par *les soins du médecin attaché à l'établissement scolaire.* Le conseil général des Vosges ne s'est pas préoccupé de cet arrêté. Mais les membres de notre association syndicale sont décidés à demander l'application de ces mesures. Nous avons demandé à notre très distingué conseiller judiciaire, M. Maud'heux, bâtonnier de l'ordre des avocats à Epinal, de préciser nos devoirs et nos droits à cet égard. La réponse de M. Maud'heux est des plus instructives et des plus explicites. Si le temps ne nous pressait, je vous en donnerais lecture. Toujours est-il que l'administration va se trouver dans l'obligation de *faire revacciner le personnel scolaire par les médecins*, alors que le conseil général persiste à confier aux sages-femmes le soin de procéder aux vaccinations.

Cette situation est assez burlesque pour mériter d'être signalée. Notez, messieurs, qu'en ce moment je ne discute pas la question au point de vue scientifique, car à cet égard nous sommes tous d'accord. Il est prouvé, en effet, que les succès des inoculations vaccinales sont proportionnels à la valeur des opérateurs. Je ne veux, en ce moment, retenir de la discussion du conseil général des Vosges que ce fait, à savoir que puisque, depuis dix-huit ans, il n'y a pas eu d'épidémie de variole dans les Vosges, il s'en suit que notre service de vaccination est irréprochable. A cela je répondrai que ce service était rempli pendant les années 1867, 68, 69, dans des conditions identiques à celles dans lesquelles il se trouve aujourd'hui. Or les inoculations pratiquées avant la guerre n'ont pas su nous préserver de la terrible épidémie de 1870-71. Donc ces inoculations n'étaient pas préservatrices ; donc celles de 1888 et 89, ne le sont pas davantage.

Pour me résumer, Messieurs, je dirai que, étant données les prescriptions militaires et scolaires, si la vaccination et la revaccination sont actuellement en France (surtout si la loi était régulièrement observée) *obligatoires de fait*, elles ne le sont pas de droit. Il y a dans cette situation une anomalie que nous devons signaler à l'attention des pouvoirs et je vous demande de vouloir bien à votre tour émettre le vœu que *la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires* en France. Au cas où vous émettriez ce vœu, je vous prierai de décider que l'Union des Syndicats médicaux de France charge son bureau de le transmettre à la direction de l'Assistance et de la santé publiques en France.

Je vous prierai enfin de vous rallier à cette deuxième partie du vœu émis par le syndicat médical des Vosges : *L'intérêt général exige que les services de vaccination et de revaccination soient remis entre des mains responsables et compétentes*, celles des médecins, exclusivement des médecins.

Si telle est votre opinion, nous pourrons la faire connaître, au mois d'avril prochain, aux membres du conseil général des Vosges. L'appui que vous nous aurez apporté pourra nous être des plus utiles et je ne doute pas qu'à la prochaine réunion je ne puisse vous annoncer que nous avons obtenu gain de cause. »

L'assemblée vote *à l'unanimité* les conclusions présentées par le Dr Lardier et décide que les vœux émis au sujet des services de la vaccination et de la revaccination seront transmis à M. Henri Monod, Directeur de l'hygiène publique en France.

L'Urinologie et les assurances sur la vie.

C'est d'un sujet presque nouveau que je voudrais vous entretenir ; quoique né d'hier, il n'en est pas moins scabreux à traiter sous quelque face qu'on puisse le tourner. Ah ! si je sortais, comme l'on disait autrefois, de faire mes huma-

nités, comme je parlerais en latin ! Quel discours copieux, serré, accentué je vous écrirais sur cet objet, qui horripile, jusqu'à la racine, mes cheveux déjà tombés par l'âge !

Il faut pourtant bien le désigner ; c'est la condition essentielle pour se faire comprendre.

Je veux parler d'une nouvelle exigence des Compagnies d'assurances sur la vie.

Je la dénommerai, sans rien demander à l'Académie, L'URINOLOGIE.

Autrefois, quand on partait d'Amiens pour Paris, (je parle de longtemps), on commençait par mettre ordre à ses affaires. En picard avisé, on faisait son testament. — On sait l'heure du départ, entendra-t-on celle du retour.

Aujourd'hui, pour commettre une assurance sur la vie, il faut vous faire autopsier, ouvrir vos organes les plus cachés, en manier chaque fibre pour s'assurer de sa vitalité, en sonder tous les coins et recoins, parce que, par le temps qui court, voyez-vous, oh ! ces scélérats de microbes, on en trouve partout, et l'un d'eux non signalé peut tout d'un coup faire de la longue existence qu'on avait promise pour vous, une vie tout à fait courte, et infliger à cette brave Compagnie une forte perte où elle avait supputé un long gain.

Après une telle investigation, quo pouvait-on demander de plus au mortel, qui, au moyen d'une assurance, veut en quittant cette terre honorer ses dépouilles par des obsèques plus ou moins brillantes ; car le proverbe l'affirme : pas d'argent, pas de suisse ?

Eh bien, ces compagnies si pleines de précautions, *exigent* que le médecin, chargé de produire le certificat, scruté les reins et les cœurs.

Parlons des reins.

Croyez-vous que celui qui s'était livré à un examen sérieux, qui avait certifié avec sa signature le bon état de santé de M. X... ou de Mme Z..., n'avait pas largement gagné la pièce de dix francs qui lui était accordée avec une parcimonie vraiment curieuse.

L'époque n'est pas encore bien éloignée, et je crois même qu'il existe encore de ces sociétés qui trouvent que le certificat délivré pour une assurance de moins de 10,000 francs ne vaut pas plus de cent sous, comme si l'examen, comme si notre responsabilité n'étaient pas les mêmes pour une assurance, qu'elle soit de 3,000 ou de 30,000 francs.

Je n'aurai pas la simplicité de vous dire que ces mêmes compagnies limitaient nos honoraires à 10 francs, quand elles faisaient une assurance de cent mille francs et plus.

Qu'il soit bien entendu et surtout bien retenu qu'en imposant au médecin cette nouvelle exigence, qu'en l'obligeant à ce nouveau et peu agréable travail, il ne lui est alloué aucune nouvelle somme.

Ah ! quand donc nous syndiquerons-nous pour défendre nos intérêts, pour nous protéger mutuellement, pour nous arracher à la voracité de tous ceux qui nous entourent, qui ont besoin de nous, qui vivent de nous : Sociétés de Secours Mutuels, d'Assurances, Bureaux de Bienfaisance, autant de pieuvres attachées à notre peau. (Mais, cher confrère, ces syndicats existent depuis 1883. Pourquoi ne pas y venir ?)

Elles imposent et leurs services et leurs maigres rétributions, certaines de trouver, hélas ! dans nos rangs, quelques-uns, poussés par la jalousie ou le besoin, pour les accepter.

Quand saurons-nous que divisés nous ne pouvons rien et que réunis nous devenons une force imposante, *Manibus unitis*.

Revenons à nos reins.

Comment exécuter cette nouvelle investigation ?

Vous abordez, muni de vos pouvoirs, la maison de la personne que vous allez examiner. C'est une dame.

J'en frémis en pensant à cette partie de mon programme. Jusque-là, tout a bien marché.

Avec une douceur d'agent qui veut convaincre, avec des modulations dans la voix, nous avons passé en revue tous les arrondissements les plus dangereux.

— Mon Dieu, madame, il me reste une dernière question à vous poser, et je vous demande pardon, le Devoir.

Dura lex, sed lex.

Vos urines contiennent-elles de l'albumine, du sucre, des phosphates ou du pus ?

— Mais je l'ignore, répond la future assurée, piquant un soleil.

— Permettez, madame, je dois le savoir ; il faut que je le sache ; par ordre de la Compagnie assurante, veuillez m'en faire présenter.

— Mais, docteur, la toilette des vases est faite, il n'en existe plus et la plus belle femme du monde ne saurait donner que ce qu'elle a.

— Madame, vous en prenez bien à votre aise ; mais la Compagnie, ah ! la Compagnie, il lui en faut quand même.

Madame, veuillez uriner ; pensez que c'est une absolue nécessité ; oui Madame, urinez et urinez suffisamment pour que je puisse contenter les desiderata de ces braves Administrateurs qui, dans leurs cabinets, se figurent que l'on peut à volonté obtenir ce liquide excrémentitiel.

Madame, j'attends...

— Mais enfin, Monsieur, je ne saurais pisser à volonté, et votre exigence est tout à fait déplacée.

— Dites, Madame, celle de la Compagnie.

La situation n'est plus risible, elle est même ridicule.

Le médecin passé à l'état de diurétique. C'est tout simplement un comble.

Voyez-vous ce brave praticien de campagne arpentant les routes, rapportant dans son tape-cul quelques flacons d'une urine battue par les cahots de la route et filtrant à travers les bouchons pour assainir son véhicule.

Et puis, quelle garantie aura-t-il à donner sur la véritable provenance du liquide ?

La décence (car il en faut toujours et en tout temps) ne vous permettra guère de voir de visu Monsieur vider son réservoir ; encore moins Madame, s'efforçant de faire un filet d'eau.

On pourra vous en confier (nouvelle Macédoine) qui aura été fournie par toute la famille, le père, la mère, les enfants ; quelquefois même par la gent domestique.

Eh bien, si nous devions engager notre signature dans de telles conditions, voici celles que nous poserions à messieurs les Directeurs :

1° Toute analyse d'urine sera payée 10 francs en sus du certificat.

2° Le liquide à analyser sera transporté dans notre cabinet, bien bouché, étiqueté par les Agents de la Compagnie, laissant à leur charge toute responsabilité sur sa provenance.

C'est ainsi que les Compagnies d'Assurances

apprendraient à honorer le médecin en lui accordant le respect, tout le respect qui lui est dû et lui payant justement ses honoraires.

Dr DÉPIÉ.

(*Gazette médicale de Picardie.*)

— Il y a dans la boutade de notre confrère beaucoup de vrai, mais cependant nous ne pouvons souscrire à tout ce qu'il dit. La question est importante et mérite d'être reprise ; nous y répondrons prochainement. — P. L. G.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement électrique des fibromes utérins devant la société de chirurgie,

Par le Dr APOSTOLI (1).

Le traitement électrique des fibromes utérins, qu'Apostoli a créé en 1882 et qui a reçu de tous les côtés une approbation presque unanime, a été récemment discuté devant la Société de chirurgie où a surgi une méthode qui se prétend la *meilleure* de toutes, et affirme qu'elle est *nouvelle*, parce qu'elle repose sur l'emploi des *intensités moyennes, de l'action intra-utérine et des renversements du courant.*

Apostoli vient combattre cette double prétention :

1o La méthode préconisée par MM. L. Championnière et Danion *n'est pas nouvelle* et n'est que la reproduction intégrale d'anciens procédés jugés, et en partie abandonnés.

a). — Apostoli réclame la priorité et la paternité de toute application médicale électrique dépassant 50 milliampères (voir thèse Carlet, juillet 84).

Pendant deux ans, il a exclusivement employé des intensités variant de 40 à 70 milliampères ; depuis lors il a jugé utile d'augmenter, non pas d'une façon exclusive et aveugle, comme on le lui fait dire à tort, mais d'une façon rationnelle et progressive, suivant les cas.

L'intensité doit être modérée dans les cas d'intolérance utérine ou péri-utérine (affection des annexes) — l'intensité doit être élevée dans toutes les formes graves compliquées d'endométrite ou d'hémorrhagie.

b). — Aimé Martin et Chéron ont préconisé *les premiers* depuis 1879 l'action extra-utérine, soit sur le col, soit vaginale, et les premiers ils ont employé, soit les renversements, soit les interruptions du courant galvanique.

Moritz Bénédickt (de Vienne), a également appliqué les renversements de courant continu avant MM. L. Championnière et Danion.

2o La méthode préconisée par MM. L. Championnière et Danion est inférieure au traitement actuel de M. Apostoli :

a). — Parce qu'*ils ne désarment* pas comme chirurgiens, et qu'ils continuent à faire des castrations et des hystérectomies.

b). — Parce qu'ils *choisissent leurs cas*, électrisant les femmes âgées ou peu malades, opérant les femmes jeunes.

c). — Parce qu'ils avouent des *échecs* légitimant leur intervention chirurgicale.

d). — Parce que leur méthode reste vaginale et *extra-utérine*, s'interdisant, de parti-pris, toute cure de l'endométrite concomitante.

(1) Congrès français de chirurgie, octobre 1889.

e). — Parce que chez eux la *récidive* est constante s'ils n'entretiennent pas le traitement.

f). — Parce qu'ils n'affirment pas la *disparition* des exsudats périphériques inflammatoires.

g). — Parce que l'adjonction des eaux chlorurées sodiques qu'ils préconisent montre que leur méthode est *infidèle*.

h). — Parce qu'ils n'ont pas constaté des *réductions anatomiques évidentes du fibrome.*

Aux affirmations de MM. L. Championnière et Danion, qui reposent sur sept mois d'expérience et 11 observations, Apostoli oppose sa méthode vieille de sept ans qui a reçu la consécration de tous ceux qui l'ont expérimentée, et qui comprend au total plusieurs milliers d'observations recueillies en France et à l'Etranger.

Sa méthode est inoffensive et toujours supportable, si l'on se conforme à la technique qu'il a tracée (les très rares cas de mort observés sont dus en grande partie à des erreurs de diagnostic — tumeurs des annexes prises pour des fibromes et traitées électriquement).

Sa méthode est la plus efficace :

1o Parce qu'elle a la prétention de se suffire à elle seule, et de supplanter le plus souvent la chirurgie dans le traitement des fibromes ;

2o Parce qu'elle ne choisit pas ses cas, et qu'elle améliore toutes les malades jeunes et vieilles avec des résultats variables toutefois ;

3o Parce que l'échec avec elle est l'exception dans les tumeurs fibreuses simples, non fibrokystiques, qui ne se compliquent pas d'ascite, et sans lésions périphériques des annexes.

4o Parce qu'elle utilise l'action des galvanopunctures vaginales, soit isolément, soit conjointement à l'action intra-utérine que réclament les lésions endométritiques.

5o Parce qu'avec elle la récidive est l'exception, et que la plupart des résultats restent durables après un traitement suffisamment prolongé.

6o Parce qu'elle embrasse dans sa sphère d'action, sous des formules d'intensité et de localisation diverses, le traitement du fibrome, celui de l'endométrite et de la métrite, et celui d'un grand nombre d'ovaro-salpingites.

7o Parce qu'elle peut se passer de l'adjonction de tout traitement additionnel, même des eaux chlorurées sodiques.

8o Parce qu'on observe avec elle la réduction anatomique du fibrome non totale, mais partielle.

Prophylaxie de la phthisie.

Monsieur le rédacteur en chef et très honoré confrère,

Si les avis sont partagés touchant la fréquence des divers modes de contagion tuberculeuse, du moins tout le monde est-il à peu près d'accord sur la nocuité toute particulière des poussières contenant bacilles ou spores. Aussi les mesures contre leur virulence s'imposent-elles aujourd'hui, notamment dans toutes les stations hantées par les phthisiques.

Dans un travail lu, le 2 avril 1889, à la Société médicale de Menton et que j'ai eu l'honneur de communiquer en substance au Congrès international d'hygiène sous ce titre :

« Antisepsie préventive de la tuberculose à Menton. Moyen certain d'obtenir la généralisation de cette pratique dans les stations fréquentées par les tuberculeux. »

J'ai formulé les conclusions suivantes *que le Congrès a faites siennes* en les adoptant intégralement d'abord le 8, dans sa troisième section de bactériologie appliquée à l'hygiène, puis en réunion de toutes les sections, séance générale du 10 août dernier :

1° Pour les chambres d'hôtels, les appartements ou villes des stations fréquentées par les tuberculeux, le Congrès reconnaît *l'urgence absolue* de l'assainissement vraiment scientifique *des locaux* par la rigoureuse application des méthodes antiseptiques ; celui *des matelas, couvertures, édredons, tapis*, etc., etc., par l'étuve à désinfection par la vapeur sous pression.

2° Il insiste sur la nécessité du contrôle de ces opérations par un délégué spécial du service d'hygiène, dans chaque station.

3° Pour affirmer hautement la nécessité de ces pratiques dans l'esprit de tous ceux auxquels elles incombent, avoir même au besoin raison de résistances ou d'incurie regrettables, *il fait un devoir* à chaque médecin de recommander tout spécialement aux clients qu'ils dirigent vers ces stations *de toujours réclamer la production d'un certificat d'assainissement antiseptique et de salubrité* avant de faire choix d'un hôtel, d'un appartement ou d'une ville.

Visant un intérêt général, la délibération du Congrès vous paraîtra peut-être digne de mériter l'appui de la presse médicale.

Agréez, etc.

Docteur ALMÉRAS.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

ÉCHO DE L'ASSEMBLÉE DU 20 OCTOBRE.

Syndicat d'Aisne et Vesle

M. le Dr *Lécuyer* (de Beaurieux) fait le rapport suivant sur la *Caisse d'association mutuelle en cas de maladie* fondée dans le syndicat d'Aisne et Vesle.

« Mes chers Confrères,

Je vous ai fait connaître l'an dernier les statuts de l'association mutuelle en cas de maladie fondée sur l'initiative du Dr Ancelet (de Vailly) dans notre syndicat.

Cette association, composée de 14 membres sur 23 que possède le syndicat, est en pleine prospérité.

En attendant que l'Association générale, saisie des propositions de l'Oise et de la Gironde (qu'elle a prise en considération !) sur l'initiative du Dr Cézilly ; en attendant, dis-je, qu'avec sa longue procédure (prise en considération, envoi aux sociétés locales, réponses de celles-ci, rapport, etc.), elle aboutisse à quelque chose ; — et en admettant qu'elle aboutisse, cela ne peut arriver avant quelques années, — il me semble qu'il est bon qu'un petit groupe de notre grande collectivité médicale se soit associé et poursuive l'expérience commencée.

Notre association a deux grandes qualités : 1° *il ne peut y avoir d'aléa* ; en effet, si on ne peut donner 10 fr. par jour, on donne au prorata de ce qui existe en caisse.

2° *Elle n'a pas de frais* ; les sociétaires paient leur cotisation lors des quatre réunions trimestrielles du syndicat, et le secrétaire fait le recouvrement par la poste et aux frais des sociétaires absents. Fondée le 1er octobre 1887, la caisse ne commença à fonctionner, d'après le réglement, que six mois après, le 1er avril 1888.

Or voici la situation, très belle au bout de dix-huit mois de fonctionnement.

L'association compte 14 membres payant 12 francs par trimestre, soit 4 francs par mois.

Quel est le praticien, si humble qu'il soit qui ne puisse mettre de côté *un franc* par semaine.

Cette année elle a donné l'indemnité de 10 fr. par jour à des confrères, en tout 27 journées de maladie, soit 270 francs.

Il reste en caisse douze cent cinquante-quatre francs, et en comptant les intérêts de l'argent placé à la caisse d'épargne postale, cela ferait en nombre rond *treize cents francs.*

Le syndicat peut se féliciter d'un pareil succès ; il a prouvé le mouvement en marchant. Dès maintenant il peut parer à toute éventualité.

Le principe donne satisfaction à tout le monde. Nos malades touchent les primes non par charité mais en vertu d'un droit ; ils ne sont pas *assistés*, mais *assurés*.

Le Syndicat a fait une belle œuvre de solidarité confraternelle et souhaite d'avoir de nombreux imitateurs (Applaudissements).

Le président propose de voter des remerciements et en même temps des félicitations au secrétaire du syndicat d'Aisne et Vesle et au syndicat lui-même (Approbation unanime).

Cercle de Nantes.

Séance du 24 mai.

Présidence de M. le Dr PORSON, président.

Sont présents : MM. Luneau, Patoureau, Destez, Porson, Grimaud, Couëtoux, Berneaudeaux, Joüon, Bertin, de Larabrie, Lerat, Attimont, Chachereau, Lacambre, Polo, Crimail, Pérochaud, Blaizot, Dorain, Plantard.

Procès-verbal lu et adopté.

M. le Président donne lecture de la lettre publiée dans le *Concours Médical* par la commission du Congrès professionnel. L'Association générale des Médecins ayant mis à son ordre du jour l'étude de la question sur l'indemnité en cas de maladie, il n'y a pas lieu d'agiter cette question dans un Congrès ; en conséquence, le Congrès professionnel est ajourné.

MM. Luneau et Teillais, qui avaient été délégués au Congrès professionnel, sont chargés, à l'unanimité des membres présents, d'aller représenter le Syndicat au Congrès pour l'Assistance publique.

M. le Président annonce au Syndicat que M. Lande, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux et fondateur de la Caisse de retraite, voudra bien, dans le courant du prochain mois, venir nous faire une conférence sur le fonctionnement de cette caisse et son utilité. Tous les Médecin de la Loire-Inférieure seront convoqués à cette conférence.

M. Porson expose ensuite qu'il a semblé au Bureau que quelques articles des statuts devraient

être modifiés. M. Grimaud objecte que nous ne pouvons ainsi modifier nos statuts, il nous faut pour cela une autorisation. On lui répond que nous ne sommes ni autorisés, ni reconnus ; nos statuts sont donc modifiables selon les décisions de l'Assemblée générale. Ne pourrait-on, par exemple, décider que l'on admettra le vote par lettre ? — L'Association, consultée, répond qu'elle s'en remet aux soins de son Bureau, qui sera chargé de présenter à la prochaine Assemblée générale les modifications qu'il croira devoir apporter.

On procède à l'élection des nouveaux membres.

Votants........................ 20
Majorité absolue.............. 11

M. Abeille obtient 15 oui, — 4 non, — 1 bulletin blanc.

MM. Branchu et Bichon sont admis à l'unanimité.

M. le Président donne lecture d'une lettre d'un de nos collègues du Syndicat, qui se demande quelle doit être la conduite du médecin ordinaire de la famille, quand un membre de cette famille, étant allé consulter un chirurgien, a reçu de ce dernier l'avis qu'une opération était urgente.

Doit-il conseiller de voir un autre chirurgien ?

Doit-il se prêter à l'opération, même s'il la considère comme inopportune ?

M. Luneau répond que le médecin de la famille, ami de la famille, doit, pour donner son avis, écouter seulement sa conscience, et déclarer franchement l'opération inopportune, s'il la juge telle.

M. Couëtoux s'avoue l'auteur de la lettre et estime que la manière de conclure de M. Luneau est par trop simple. Il pense que le médecin qui reçoit par écrit la consultation du spécialiste avec son avis motivé, doit s'incliner devant cet avis et accepter de servir d'aide, ou tout au moins réclamer une consultation. On lui objecte que cette manière de faire de la part d'un chirurgien ne dénoterait pas une très grande délicatesse chez ce dernier ; c'est à lui qu'il incombe de provoquer une consultation avec le médecin ordinaire avant d'émettre un avis aussi radical. Si alors la consultation n'aboutissait pas, on pourrait s'adjoindre un troisième confrère. Mais, en aucun cas, le médecin ne pourra se laisser abaisser au rôle d'infirmier par un chirurgien qui voudrait lui imposer un avis sans consultation préalable.

Tel est l'avis unanime du Syndicat.

M. le Président annonce enfin que M. le Préfet a signé ces jours derniers l'arrêté qui institue la Commission de l'Assistance publique dans les campagnes.

La séance est levée à 10 heures.

REPORTAGE MÉDICAL

— M. le professeur Richet avait dépassé la limite d'âge de 70 ans. Mais il pouvait bénéficier de la mesure qui porte à 75 ans cette limite d'âge pour les membres de l'Institut. M. Richet a donné sa démission de la chaire de pathologie chirurgicale pour laquelle, d'ailleurs, il se faisait suppléer.

— Plus de 7.000 personnes ont déjà succombé au choléra en Perse. La Russie est menacée et prend ses mesures.

— Les *coiffeurs*, qui comme les dentistes ont été invités à prendre des mesures prophylactiques contre certaines affections qu'ils peuvent transmettre, se plaignent amèrement. On dit qu'ils nous menacent de faire grève ; ne serait-il pas bien plus simple pour eux d'avoir rasoirs et brosses qui dès qu'ils auraient servi, seraient trempés dans un liquide antiseptique ? Ce que font les chirurgiens, leurs anciens collègues et rivaux, les barbiers devraient se résigner allègrement à l'imiter.

— Philippe Ricord s'est éteint après une brillante et longue carrière de 89 ans. Tout le monde connaît ses travaux, son esprit et ses succès. Il a prélevé 20.000 fr. sur sa très grande fortune, 10.000 fr. en faveur de l'*Académie*, 5.000 pour la Société de chirurgie et 5.000 pour l'Association des médecins de France. Sa bibliothèque est léguée à l'hôpital du Midi.

— Pharmaciens-députés, MM. *Duvat, Peytral, Lacote, Boudeville* et *Lecomte*. Nous publierons la liste des médecins-députés, dès que la Questure nous l'aura communiquée avec les rectification que comportent celles qu'on a déjà publiées.

— Notre distingué collaborateur et ami, M. le Dr *Barette*, vient d'être nommé *professeur titulaire de clinique chirurgicale* à l'école de Caen. Nous lui adressons nos félicitations : il va recueillir la brillante succession des *Denys-Dumont* et *Delouey* en Normandie, son pays natal.

— Un arrêté du préfet de police abroge l'ordonnance de 1882 qui défendait *l'emploi des sels de cuivre* pour le reverdissage des conserves alimentaires.

—De *Simplissime* (*Union médicale*). Lu sur l'album de la femme d'un médecin : « C'est bien bizarre ! Les clients de mon mari sont maintenant souvent malades la nuit ; les six premiers mois de notre mariage ils se portaient comme le Pont-Neuf. »

— Nous devons une mention spéciale à la *médaille d'or* qui a été décernée à M. le Dr *Gibert* du Havre, pour son dispensaire, le premier et le plus économique qui ait été installé en France. Il a servi de modèle à tous les autres et les luxueux établissements Furtado-Heine, Ruel, etc., sont bien loin d'avoir le mérite de celui qu'a créé notre éminent confrère.

— C'est en Amérique, à *Chicago*, qu'émigre la célèbre *Leçon d'anatomie* de *Rembrandt*, achetée à la princesse de Sagan.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Séguin, de Chauché (Vendée), de M. le Dr Hinglais, de Constantine (Algérie), de M. le Dr Desplons, de Liart (Ardennes), tous membres du Concours médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Rougier, de Pian-sur-Garonne, par Saint-Macaire (Gironde), présenté par le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année — N° 46 — 16 Novembre 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Transmission de la syphilis par des instruments malpropres.

M. *Lancereaux* vient d'entreprendre une campagne excellente contre la négligence apportée par certains auristes et dentistes dans l'exercice de leur profession au point de vue de l'antisepsie des instruments qu'ils emploient ; il a du même coup attiré l'attention du public sur l'utilité qu'il y aurait à faire entrer dans les mœurs professionnelles des barbiers et coiffeurs une préoccupation de la propreté antiseptique qu'ils ignorent absolument.

Le premier fait communiqué par M. Lancereaux à l'Académie est relatif à la transmission de la syphilis par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Comme il l'a fait remarquer, ce fait n'est pas extrêmement rare ; les chancres pharyngiens sont presque exclusivement des chancres médicaux, c'est-à-dire inoculés par le médecin, et il y eut à une certaine époque, à Paris, une véritable épidémie de syphilis ayant débuté par des chancres pharyngiens ; le coupable involontaire, mais non point excusable, était un auriste négligent. Jamais le médecin appelé à se servir des mêmes instruments sur plusieurs personnes successivement ne saurait prendre des soins de propreté trop minutieux. Après chaque opération il doit plonger l'instrument dont il vient de faire usage dans un liquide désinfectant, acide phénique ou sublimé, le faire essuyer et nettoyer scrupuleusement et dans quelques cas même le flamber. Les spéculums, les laryngoscopes, les abaisse-langue doivent être particulièrement surveillés à cause de l'extrême fréquence des plaques muqueuses de la vulve et de la gorge. M. Lancereaux a relaté ensuite le cas d'une dame qui, après avoir subi une opération sur les dents, vit apparaître dans les délais classiques, 25 à 30 jours après l'intervention du dentiste, une ulcération de la gencive supérieure ayant tous les caractères d'un chancre syphilitique, auquel succédèrent les accidents secondaires à leur date habituelle.

Le barbier peut être, comme le dentiste, un propagateur de syphilis ; car le cuir chevelu, le voisinage des lèvres sont des régions où siègent souvent les premières manifestations secondaires, celles qui s'inoculent le plus aisément. MM. Nivel, Morel-Lavallée, M. Lancereaux ont vu des cas de contamination syphilitique par le rasoir. D'ailleurs, les dents d'un peigne, qui viennent de passer sur un cuir chevelu atteint d'une éruption syphilitique, s'imprègnent très bien de virus et, si quelques minutes après elles excorient légèrement le cuir chevelu d'un client sain, il est bien certain que l'inoculation peut avoir lieu.

Aussi la propreté antiseptique, qu'on requiert maintenant de tous chirurgiens et accoucheurs, doit-elle être exigée également des dentistes, barbiers et coiffeurs, « et cela non seulement parce qu'il n'est pas permis d'exposer qui que ce soit à une maladie des plus graves, mais encore parce qu'il n'y a aucun avantage à se voir contraint à payer une indemnité qui pourrait être légitimement réclamée. (Il est vrai que, s'il est relativement facile de prouver que le chancre de la trompe d'Eustache incombe à l'auriste, la preuve serait plus malaisée à faire contre le dentiste ou le barbier pour les chancres des gencives, du menton ou du cuir chevelu.)

En somme, il est désirable que les dentistes et les coiffeurs soient tenus de ne se servir que d'instruments rigoureusement propres ; on pourrait tenir la main à ce qu'il existât en permanence chez eux des solutions désinfectantes et qu'ils en fissent usage.

M. *Magitot*, qui partage pleinement l'opinion de M. Lancereaux sur cette question, ajoute qu'outre le virus syphilitique les dentistes peuvent transporter avec leurs instruments quelques-uns des autres microbes pathogènes dont les travaux

contemporains ont fait connaître la présence dans la bouche de beaucoup de personnes. Mais il signale un danger, c'est l'inconvénient de laisser entre les mains de personnes étrangères à la médecine des substances antiseptiques comme le bichlorure de mercure. Cette objection, que M. Charpentier faisait naguère valoir contre l'emploi libre du sublimé par les sages-femmes, est aussi valable à propos des coiffeurs et même des dentistes qui ne sont pas docteurs en médecine. M. Magitot estime donc qu'il faudrait d'abord exiger des dentistes le diplôme de docteur. Pour les barbiers, il serait suffisant qu'ils prissent l'habitude de flamber leurs instruments ou de les tremper dans l'eau bouillante.

L'hypohématose.

M. *Maurel* (de Toulouse) estime qu'il existe un rapport nécessaire entre la taille et le poids d'un sujet et sa section thoracique. Ces rapports varient avec les âges, mais pour chaque âge ils sont constants. Lorsque ce rapport est insuffisant, il en résulte une série de troubles que M. Maurel réunit sous le nom d'hypohématose. Ces troubles lui semblent constituer vraiment une affection spéciale, au moins une forme particulière de l'anémie, c'est l'anémie par défaut de comburant. Tous ces troubles tiennent bien à l'insuffisance de la section thoracique, qui entraîne une respiration insuffisante; car il suffit d'agrandir cette section thoracique pour que tous ces troubles disparaissent. Or cet agrandissement s'obtient rapidement par la gymnastique respiratoire.

La rage à l'Institut Pasteur en 1888-89

Plusieurs confrères nous ont demandé récemment où en était le traitement de la rage à l'Institut Pasteur. Voici des renseignements empruntés au *Bulletin Médical*, qui sont de nature à affermir définitivement la confiance des médecins et du public dans les avantages de la belle découverte.

Pendant l'année qui s'est écoulée du 1er novembre 1888 au 1er novembre 1889, 1810 personnes ont été traitées à l'Institut ; sur ce nombre, 13 sont mortes, soit 0,73 %.

Si on examine les diverses catégories de mordus, on voit que :

330 personnes ont été mordues par des chiens dont la rage a été vérifiée expérimentalement (inoculation du bulbe) ; or, sur ce nombre, 4 sont mortes.

1168 personnes ont été mordues par des chiens dont la rage a été vérifiée par des médecins et des vétérinaires ; sur ce nombre, 6 sont mortes

312 ont été mordues par des chiens présumés enragés (chiens mordeurs disparus, chiens dont les syptômes rabiques ont été constatés et décrits par des personnes étrangères à la médecine, etc.), sur ce nombre 3 sont mortes.

Dans cet important document statistique, nous ne voulons pour le moment relever que deux faits:

1° Le nombre de plus en plus restreint des décès après traitement ; pour cette année ce nombre est *sensiblement inférieur à* 1 %, alors que la mortalité par rage en dehors du traitement est de 15 % d'après les statistiques les plus favorables :

2° La mortalité après traitement est peu différente, qu'il s'agisse de morsures par chiens dont la rage a été expérimentalement constatée, ou qu'il s'agisse de chiens présumés enragés d'après les renseignements fournis.

Ces chiffres prouvent deux choses : ils montrent d'abord que les personnes qui viennent se faire traiter, ne le sont qu'après une enquête des plus sérieuses, et que l'on les renvoie toujours, lorsque l'on peut s'assurer que les craintes auxquelles elles sont en butte sont absolument vaines.

Ils montrent en outre que toutes les fois qu'un chien est présumé enragé (le plus souvent dans ces cas il s'agit d'un chien qui, après avoir mordu

FEUILLETON

Histoire de la maladie de J.-J. Rousseau (1).

M. P. J. Moebius a publié, à Leipzig, un ouvrage sur ce sujet. M. le Dr Pierre Marie, agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux, un de nos plus distingués neuropathologistes, a donné une intéressante analyse du travail de M. Moebius, que nous empruntons au *Progrès médical*.

« En publiant sous ce titre une véritable observation clinique, en même temps qu'une consultation très fouillée sur l'état d'esprit du célèbre Genevois, M. Moebius a prouvé une fois de plus que la médecine et l'histoire peuvent vivre en fort bon voisinage et même se prêter un mutuel appui, qu'il s'agisse d'histoire de la médecine ou de médecine dans l'histoire. Aussi est-ce à un double titre que l'attention du lecteur se trouve captivée par cet ouvrage, où l'analyse psychologique, pour être rétrospective, n'en est certes pas moins fine.

La mère de Rousseau mourut jeune en le mettant au monde, et l'on manque de documents sur elle. Son père, un horloger, assez habile, semble avoir été un original accompli ; après avoir eu un premier enfant de celle qui devait être sa femme, il quitte pendant 7 ans son pays pour occuper le poste peu ordinaire « d'horloger du sérail » à Constantinople, puis revient brusquement à Genève pour se marier ; il fut obligé, plus tard, de quitter non moins précipitamment cette ville, à la suite d'une querelle avec un officier français. Une fois seul, Rousseau père ne tarda pas à faire de Jean-Jacques son favori et son confident, et, moins raisonnable encore que cet enfant, les voilà l'un et l'autre, alors que celui-ci avait à peine 8 ans, passant des nuits à lire fièvreusement Plutarque, Ovide et tous les romans qui leur tombent sous la main ; quant au frère aîné de Jean-Jacques, on le voit bientôt, jaloux de la prédilection de leur père pour le cadet, quitter un beau jour la maison paternelle et disparaître à jamais, un cousin semble avoir été atteint de troubles mentaux.

En outre de la vivacité des sensations et de l'impressionnabilité nerveuse dont témoigne Jean-Jacques dès son âge le plus tendre, un point que M. Moebius relève avec raison d'une façon toute particulière, c'est la précocité du développement de son sens génital, et les bizarreries qui en ac-

(1) J.-J. Rousseau's Krankheitsgeschichte, par P. J. Möbius, gr. in-8°, 191 p. — Vogel-Leipzig. 1883.

une ou plusieurs personnes, disparaît sans qu'on puisse retrouver ses traces), il est bien réellement enragé.

REVUE DE CHIRURGIE

I. Lavage du péritoine.—II. Troubles trophiques consécutifs à la guérison d'un anévrysme. — III. Variété de périarthrite du genou. — IV. Traitement chirurgical du cancer de la partie supérieure du rectum. — V. Pansement au naphtol camphré. — VI. Du cathétérisme aseptique.

I. — LAVAGE DU PÉRITOINE (1).

Le lavage est-il un bon moyen de nettoyer le péritoine? Est-il capable de déterminer des syncopes cardiaques ou respiratoires par voie réflexe? La quantité de liquide absorbé par l'organisme pendant le lavage est-elle considérable? Le Dr P. *Delbet* a cherché à résoudre ces différentes questions par des expériences fort bien conduites et en tire des conclusions importantes pour la pratique.

Le liquide employé en lavage se répand dans toute la cavité péritonéale ; ce qui est un avantage lorsqu'on opère pour une péritonite généralisée ou bien lorsqu'à la suite d'une perforation intestinale les matières intestinales ou le pus ont été entraînés par le mouvement de l'intestin dans toute la cavité péritonéale ; mais, lorsqu'il s'agit simplement de débarrasser le cul-de-sac de Douglas du pus qui a pu sortir d'une trompe déchirée pendant l'opération, le lavage peut avoir l'inconvénient d'entraîner du pus dans des régions qui ne sont pas encore souillées. Il faut alors élever le tronc du malade et continuer, pendant le lavage, à préserver avec des éponges les anses intestinales.

(1) *Annales de Gynécologie*, septembre 1889.

Il est difficile, peut-être impossible, de débarrasser complètement par le lavage le péritoine des substances étrangères qui ont pénétré dans sa cavité ; s'il n'enlève pas tout ce qui a pénétré dans le péritoine, il en enlève la majeure partie : ce qui, dans bien des cas, est suffisant. — Après le lavage, il reste toujours dans le péritoine une quantité notable de liquide, qui occupe le petit bassin, les fosses iliaques, les fosses lombaires ; si on tient à débarrasser complètement le péritoine de ce liquide, c'est dans ces régions qu'il faut aller le puiser.

Le lavage du péritoine, fait dans les limites thermiques de 18 à 50°, n'a sur la respiration et sur la circulation que des influences insignifiantes ou nulles. Il n'expose à aucun danger de ce côté. Toutefois, mieux vaut chez l'homme faire les lavages ordinaires à une température aussi voisine que possible de celle de la cavité abdominale (38° à 39°). D'ailleurs l'action hémostatique des lavages à haute température paraît douteuse (Delbet, Routier).

La quantité de liquide absorbé dans les premières minutes du lavage est considérable. Lorsqu'on emploie la solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000, on obtient ainsi une véritable transfusion indirecte. Aussi la durée de l'opération, ou l'hémorrhagie pourraient devenir des indications à l'eau salée, même si le péritoine n'avait pas besoin d'être nettoyé ! Dans certaines circonstances, cette facilité d'absorption constitue peut-être un danger : le pus, les matières fécales, répandues dans la cavité péritonéale, peuvent contenir des principes solubles qui, une fois dissous dans l'eau du lavage, passeraient dans le sang et amèneraient des accidents. Aussi est-il prudent, lorsque le pus ou des matières fécales ont été répandus dans le péritoine, d'en enlever la majeure partie avec des éponges avant de commencer le lavage.

Il est possible de laver le péritoine avec des substances toxiques sans danger d'intoxication. Il

---

compagnèrent les premières manifestations ; l'épisode de Mlle Lambercier est bien connu ; alors qu'il avait 9 ou 10 ans, celle-ci lui ayant donné une fessée, il en éprouva toutes les sensations d'une véritable jouissance. Mais le pis est que, Jean-Jacques ayant ainsi débuté par où beaucoup d'autres finissent, le goût lui en resta ; il ne pouvait voir une fille sans désirer qu'elle lui rendît le même service, heureux s'il en pouvait trouver une qui voulût bien, en jouant à la « petite maman », lui donner la fessée. C'est à une impulsion du même genre qu'il obéissait, lorsqu'à Turin il fut arrêté pour avoir en véritable exhibitionniste montré son c... à des jeunes filles qui passaient. Jamais, d'ailleurs, la fonction sexuelle ne semble avoir été chez lui tout à fait normale, même à l'âge adulte ; c'est vers l'âge de 17 ans qu'il avait commencé à se livrer à la masturbation ; il ne semble pas qu'il y ait jamais renoncé d'une façon absolue.

Tel est le terrain sur lequel nous allons suivre avec M. Moebius l'évolution des manifestations névropathiques. Vers l'âge de 24 ans, nous assistons à une attaque de neurasthénie aiguë ; un matin, se trouvant dans son état de santé ordinaire, il est pris tout d'un coup, sans motif, d'un étourdissement « semblable à une tempête qui se serait élevée dans son sang et, en un instant, aurait parcouru tous ses membres ; les artères battaient avec une telle force, que non seulement il en sentait les pulsations, mais qu'il les entendait ; avec cela bourdonnements d'oreilles, murmure d'eau qui coule et violent sifflement, en outre insomnie persistante ». Jean-Jacques se crut mort. Peu à peu il se rassura, mais pendant longtemps encore il lui fut impossible de baisser la tête sans sentir redoubler le battement de ses artères et sans que des bouffées de sang lui montassent à la tête ; étouffements, palpitations, sursaut au moindre bruit inattendu, difficulté de travailler, inégalité d'humeur, aucun trait ne manqua au tableau neurasthénique, pas même la nosophobie ; Rousseau, convaincu qu'il souffrait d'un polype du cœur, n'hésita pas à partir pour Montpellier se mettre sous les soins d'un médecin qui avait, croyait-il, guéri un malade de cette affection.

Dans son enfance, et surtout dans l'âge mûr, Rousseau souffrit d'une sorte de rétention d'urine avec phénomènes douloureux très marqués qui ne contribua pas peu à augmenter son hypochondrie. A l'autopsie on ne trouva cependant rien d'anormal du côté de la vessie ; M. Moebius pense qu'il s'agissait là d'une des « valvules musculaires » décrites par L.-A. Mercier ; il est bien vraisemblable, en tout cas, que le fonds neuropathi-

faut, pour cela, faire précéder le lavage toxique d'un lavage de 10 minutes de durée avec la solution salée à 7 pour 1000 et le faire suivre d'un troisième lavage avec la même solution pour débarrasser le péritoine de l'excès de substance toxique. Quant aux indications du lavage antiseptique du péritoine, Delbet les résume ainsi :

1° Les cas où les matières septiques se répandent dans le péritoine en quantité considérable au cours d'une laparotomie.

2° Les cas où les produits septiques, pus ou matières fécales, ayant pénétré dans le péritoine avant la laparotomie, se sont répandus dans toute la cavité abdominale.

3° Les cas de péritonite septique.

4° Peut-être les cas de tuberculose péritonéale.

En résumé, dit Delbet à la fin de ce mémoire très instructif, il me semble que le lavage du péritoine n'est passible d'aucun reproche sérieux, tandis qu'il est capable dans certaines circonstances de rendre des services signalés.

II.— Troubles trophiques consécutifs a la guérison d'un anévrysme.

Signalons plusieurs communications intéressantes dans les dernières séances de la Société de chirurgie :

M. *Hermann* (de Mulhouse) présente un malade sur lequel on constate la guérison d'un anévrysme poplité remontant à 3 ans et les restes d'une paralysie des nerfs de la jambe et du pied, persistante depuis l'époque de cette guérison. Le traitement de l'anévrysme consista d'abord dans l'application d'une bande élastique suivant la méthode de Reid ; puis, à cause de certains phénomènes inflammatoires, ce procédé fut abandonné et on eut recours à des applications répétées du compresseur à grains de plomb de Trélat au niveau du triangle de Scarpa ; les séances de compression furent au nombre de neuf, d'une durée totale de vingt-quatre heures.

L'anévrysme guérit, mais à la suite de ce traitement le pied resta paralysé ; il y eut une abolition de la sensibilité sur le pied et sur toute la moitié inférieure de la jambe. Au bout d'un an les troubles sensitifs du pied disparurent et quelques contractions musculaires survinrent ; mais, malgré une amélioration persistante, bien qu'il n'existe plus trace de tumeur anévrysmale et que la marche soit possible, le malade conserve de l'œdème du pied, de la jambe et une atrophie de tout le membre.

M. Hermann se demande si ce n'est pas plutôt à l'action de la bande élastique qu'au compresseur qu'il faut attribuer la plus grande part dans les troubles trophiques persistants que l'on observe chez son malade.

M. *Peyrot* pense que, si la compression peut être mise en jeu, on ne doit pas oublier qu'en réalité il existe souvent, avant l'intervention, des lésions telles que les troubles trophiques se développeront à la moindre occasion : l'opération constitue alors la cause déterminante.

M. *Reclus* trouve dans l'observation de M. Hermann une nouvelle preuve du danger que font parfois courir les méthodes de douceur : si l'on eût pratiqué d'emblée la ligature ou l'extirpation de la tumeur, il est probable qu'on n'aurait pas eu les complications qui sont survenues. De plus, ces méthodes de douceur sont encore défavorables, en ce sens que lorsqu'après leur échec on pratique l'extirpation, l'opération est plus compliquée et plus difficile.

III.— Variété de péri-arthrite du genou.

M. *Terrillon* a observé sur un certain nombre de jeunes gens une variété de péri-arthrite du genou qui consiste dans l'inflammation du tissu cellulaire et de la bourse séreuse situés sous le ligament rotulien. Signalée par Gosselin, Trendeleburg et Spillmann, cette affection est caractérisée par une déformation spéciale de la partie antérieure du genou : il existe un gonflement très notable plus ou moins accentué, sur les parties laté-

---

que du sujet ne fut pas pour peu de chose dans l'exagération des phénomènes subjectifs.

De son retour de Venise date la liaison de Rousseau avec Thérèse Levasseur ; on sait ce qu'elle fut, combien elle dura, comment les trois enfants qui en naquirent furent mis aux Enfants-Trouvés par leur père. Sa conduite, en cette circonstance, témoigna de plus de philosophie qu'il n'est permis à une personne saine d'esprit, fût-elle un philosophe de profession, d'en montrer communément.

Pendant les années suivantes, son humeur chagrine tend à s'accroître, et à la suite des désagréments de toute sorte qui sont attirés sur lui par la publication de l'*Emile*, commence à apparaître la tendance aux idées de persécution.

C'est à cette époque qu'il commença à porter constamment le costume arménien avec le bonnet de fourrure, sous lequel ses traits ont été tant de fois reproduits. Une autre singularité qui mérite également d'être relevée, au point de vue de l'équilibre mental, est ce fait, qu'à deux reprises différentes, Rousseau change de religion : né protestant, il embrassa le catholicisme pour revenir plus tard au protestantisme ; il est vrai que le catholicisme s'appelait Madame de Warens, et que Jean-Jacques avait 16 ans. Plus tard encore, lorsque sur les réquisitions des pasteurs et des orthodoxes de sa ville natale, l'*Emile* eût été brûlé à Genève par la main du bourreau, Rousseau sentit s'accroître ses convictions en faveur de la religion naturelle, peut-être parce que, seule, elle peut se passer de ministres.

Au séjour en Angleterre, séjour déterminé par une invitation formelle de Hume, M. Moebius fait remonter les premiers signes incontestables de Paranoia. En effet, s'il semble qu'en réalité Hume n'apporta pas dans son commerce avec Rousseau toute la sensibilité (suivant le langage de l'époque) que ce dernier aurait désirée, il n'en est pas moins vrai qu'il ne prit nullement part à tous les noirs complots dont le malheureux genevois se crut entouré sur le sol anglais. Certain épisode est, à cet égard, bien instructif : un soir, peu de temps après son arrivée, Jean-Jacques et son hôte étaient tranquillement assis près du feu ; peu à peu Jean-Jacques devient inquiet, il sent que les regards de Hume se portent sur lui avec insistance ; ils lui pèsent et lui deviennent insupportables ; il essaye de fixer Hume, mais ne peut y parvenir ; il tombe dans une angoisse extrême, il ne sait ce que peuvent signifier de « pareils yeux » ; enfin, n'y tenant plus, il se précipite au cou du flegmatique anglais qui ne semble s'être aperçu

rales de la région ; ce gonflement diminue, mais ne disparaît pas entièrement dans l'extension de la jambe. Il n'y a pas d'épanchement ni d'altération de l'articulation. Comme troubles fonctionnels on note chez la plupart des malades une difficulté dans les mouvements de flexion, de la douleur pendant la marche et même dans la station debout, de la contracture des fléchisseurs et parfois de l'atrophie des muscles extenseurs de la jambe et des muscles antérieurs de la cuisse.

Cette maladie est tantôt spontanée, tantôt provoquée par un traumatisme subit, violent, tel qu'une chute, ou par une pression continue comme dans l'acte de se mettre fréquemment à genoux. Elle apparaît entre 15 et 25 ans, assez souvent chez des rhumatisants et presque constamment elle occupe les deux genoux, parfois à un degré d'intensité différent. Sa marche est lente, chronique, sujette à poussées plus ou moins aiguës sous l'influence de la marche et de la fatigue.

D'un pronostic variable à cause de la persistance possible de l'impotence musculaire, cette inflammation réclame le traitement des maladies péri-articulaires. Ce n'est donc pas à l'immobilité jusqu'à guérison qu'il faut s'adresser, comme pour les arthrites, mais, lorsque la période aiguë et inflammatoire s'est apaisée, il faut avoir recours aux douches, aux bains sulfureux, au massage, auxquels on ajoutera des manœuvres douces et graduelles de flexion et d'extension.

II. — Traitement chirurgical du cancer de la partie supérieure du rectum.

Deux importantes communications viennent d'être faites sur ce sujet par MM. *Routier* et *Terrier*.

Le premier de ces chirurgiens, ayant à soigner une femme de 29 ans, atteinte d'un cancer de la partie supérieure du rectum, songea à pratiquer chez elle la résection de la partie malade du rectum par le procédé de Kraske (de Fribourg), c'est-à-dire à aborder le néoplasme par la région sacro-coccygienne, avec résection osseuse, mais conservation totale de la région sphinctérienne.

Voici, en résumé, les différents temps de cette opération : incision à gauche de la ligne des apophyses épineuses sacrées, partant du niveau de l'épine iliaque postérieure gauche pour aboutir à quelques centimètres au-dessus de la pointe du coccyx — dénudation de cet os et de la partie inférieure au sacrum — désarticulation du coccyx, — résection de l'angle inférieur gauche du sacrum, sans atteindre les trous sacrés — isolement du rectum en arrière et en avant. Pendant ces manœuvres le cul-de-sac péritonéal est ouvert et aussitôt tamponné avec une éponge montée. — Ligature du rectum au-dessus et au-dessous du néoplasme ; résection de la partie cancéreuse avec des ciseaux, tamponnement du bout inférieur et du bout supérieur avec de l'ouate iodoformée ; suture par un surjet de catgut du péritoine pariétal au péritoine viscéral ; enfin, la cavité péritonéale fermée, double plan muqueux et musculaire de sutures sur les deux bouts du rectum, diminution de la plaie cutanée par quelques points au crin de Florence et tamponnement de la cavité avec de la gaze antiseptique.

Dès le lendemain de l'opération, qui dura deux heures, la malade rendait des gaz par l'anus ; les jours suivants, le sphincter fonctionnait parfaitement ; le 9e jour, à la suite d'une garde-robe, il s'est produit une petite fistule qui ne laisse écouler que des matières liquides. — Cette opération de Kraske a le grand avantage de conserver le sphincter et par conséquent d'éviter l'incontinence que l'on observe à la suite de la rectotomie et des colotomies.

Aussi M. *Terrier* ne rejette-t-il point cette opération et la croit-il capable de rendre des services ; mais elle n'est pas la seule applicable en pareille circonstance. Depuis deux ans M. Terrier a fait deux fois, pour des tumeurs rectales remon-

---

de rien et tout en larmes s'écrie : « Ah ! si vous n'étiez le meilleur des hommes, vous seriez le plus noir des démons. » Et comme Hume, de plus en plus étonné et toujours froid, ne trouvait rien de mieux que de donner à Rousseau de petites tapes dans le dos en lui disant : « Eh bien, eh bien, cher Monsieur, voyons, cher Monsieur, etc. », ce dernier demeura convaincu que le regard de Hume révélait les plus atroces desseins, et d'autant plus que pendant le voyage il avait cru entendre une nuit le philosophe anglais s'écrier dans un rêve : « Je tiens Jean-Jacques Rousseau. » Tels sont les faits qui lui servirent de base pour édifier la théorie de ses persécutions.

Un peu plus tard, l'affection mentale ayant progressé, il est convaincu que tout le monde l'épie, que ses ennemis complotent pour s'emparer de ses papiers, et, quittant l'Angleterre à la dérobée, s'enfuit sur le continent, non sans avoir suspecté Thérèse elle-même d'être du complot. Il se rend à Trye, chez le prince de Conti ; la psychose ne fait que se confirmer : on veut le déshonorer, tout le monde le regarde de travers, on chuchote sur son passage, on brise le cachet de ses lettres, personne ne veut le servir, on tente de le faire passer pour un empoisonneur, tandis qu'en réalité on cherche à se défaire de lui, etc. — A cette époque aussi se montre une céphalalgie assez incommode, et un gonflement de la région épigastrique (dyspepsie flatulente ?) qui semble avoir été la source d'assez grandes préoccupations pour le malheureux écrivain. Le délire des persécutions va toujours en augmentant : « Le toit sous lequel il repose a des yeux, les murailles qui l'entourent des oreilles, il est entouré d'espions, d'observateurs malveillants et toujours attentifs ; dès qu'il veut se reposer quelque part, les murailles, les planchers, les serrures sont l'objet d'une préparation particulière de la part de ses ennemis. » Tel est l'état d'esprit qui nous explique amplement et la fréquence et la soudaineté des changements de domicile de Rousseau, qui finirent par devenir presque innombrables. C'est de la même époque que date sa manie de « justification » : puisqu'on l'a odieusement calomnié, que ses ennemis se sont coalisés pour répandre sur son compte les bruits les plus calomnieux et les plus outrageants, et que tous leurs efforts tendent à le déshonorer, lui Jean-Jacques veut consacrer sa vie à défendre son honneur, à réfuter ces calomnies par tous les moyens. Et l'un de ces moyens ne consistait en rien moins que d'aller, par les promenades, distribuer des notes justificatives aux passants dont l'aspect pouvait lui inspirer confiance !

tant très haut, une opératiou qui lui a permis d'enlever le mal sans intéresser la partie inférieure du rectum, c'est-à-dire en conservant le sphincter et même la portion sus-sphinctérienne de ce segment intestinal.

Voici quel est le manuel opératoire : on commence d'abord par faire la rectotomie linéaire postérieure ; puis incision circulaire de l'intestin immédiatement au-dessous du cancer ; toute la partie du rectum située au-dessus est attirée très facile menten bas; dissection du néoplasme en avant et en arrière ; puis on place des pinces au-dessus de sa limite supérieure. Incision à ce niveau, ablation de la tumeur, rapprochement et suture circulaire des deux bouts de l'intestin ; le péritoine est réuni ainsi que la plaie cutanée, sauf pour le passage d'un drain. Dans deux cas ainsi opérés les suites de l'opération furent excellentes et grâce à une réunion par première intention de la plaie rectale, la guérison fut assez rapide.

V. Du pansement des plaies et des altérations tuberculeuses avec le naphtol camphré (1).

Depuis le commencement de cette année, M. *Schwartz* se sert du naphtol camphré (1 partie de naphtol B pour deux de camphre) comme pansement des plaies sur des régions atteintes de tuberculoses locales, dans les cas d'abcès froids, soit ossifluents, soit ganglionnaires, dans les cas de gommes tuberculeuses ouvertes et ulcérées, dans les otites tuberculeuses moyennes.

Le pansement consiste à tremper dans le liquide des bandelettes de tarlatane désempoissée et bouillie, ou bien des tampons de ouate hydrophile ; on les exprime modérément, puis on les applique sur les surfaces cruentées après les opérations, et directement sur l'ulcération tuberculeuse dans les cas de gommes ramollies et ouvertes après le curage de fongosités. Le pansement est recouvert de taffetas imperméable et d'ouate ; il est renouvelé toutes les 24 ou les 48 heures.

Les pansements ne sont pas douloureux ; il y a bien parfois une légère cuisson qui disparait au bout d'un certain temps. Un léger inconvénient du naphtol camphré est de provoquer quelquefois sur la peau saine avec laquelle il est mis en contact des érythèmes désagréables par leur cuisson ou leur démangeaison. Mais un avantage incontestable du naphtol camphré, c'est de pouvoir être employé sans danger, à l'encontre des autres antiseptiques ordinaires qui sont pour la plupart toxiques.

Pour les otites suppurées, M. Schwartz conseille au malade de laver le conduit auditif et la caisse à l'aide d'injections boriquées tièdes, puis d'instiller dans l'oreille quelques gouttes de naphtol camphré eu appliquant par-dessus un tampon de ouate. Grâce à ces soins, la suppuration diminue rapidement de quantité et de fétidité.

En résumé, d'après M. Schwartz, le naphtol camphré est un très bon agent de pansement, qu'il faut employer concurremment avec l'iodoforme pour le traitement des plaies et ulcérations tuberculeuses.

(1) *Revue génér. de clin. et de thérap.*, 31 oct. 1889.

VI. — Du cathétérisme aseptique.

Malgré les progrès réalisés depuis quelques années dans l'antisepsie des voies urinaires, le chirurgien n'a pas encore des procédés d'une certitude absolue pour mettre le malade à l'abri de l'infection. Une grosse difficulté, c'est d'avoir des cathéters aseptiques.

M. *H. Delagenière*, interne du Dr F. Terrier, publie (1) à ce sujet une note très intéressante : il montre qu'on n'obtient qu'une asepsie très relative en flambant les sondes en métal et en conservant constamment les sondes en caoutchouc et en gutta-percha dans une solution antiseptique jusqu'au moment où on a besoin de s'en servir. Il

(1) *Progrès médical*, 5 octobre 1889.

Enfin, peu à peu l'excitation morbide finit par se calmer, quoique les idées de persécution fussent toujours présentes, et Rousseau passa dans un calme relatif les derniers temps de sa vie. Il mourut subitement, le 2 juillet 1778, d'une apoplexie séreuse, disent les médecins de l'époque, d'une paralysie du cœur, pense plutôt M. Moebius. Mais il semble en tout cas prouvé que, contrairement à la rumeur qui courut alors, il ne s'agit nullement d'un suicide.

Telle est l'histoire clinique de la maladie qui empoisonna la vie de Jean-Jacques Rousseau et fit de lui un des hommes les plus malheureux qui se puissent voir. Pour M. Moebius, il s'agit là de la forme de Paranoia que Kraepelin décrit sous le nom de délire de persécutions combinateur (combinatorisch). Certes, nous l'avons vu, le terrain était merveilleusement propre à l'éclosion des phénomènes neuropathiques ; mais l'affection mentale serait-elle survenue en tout état de cause, ou bien un motif extérieur à l'individu, tel que la provocation, a-t-il agi de façon à la faire naître et à la fixer dans la forme qu'elle revêtit ? Nous aurions, pour notre part, une tendance à adopter la première opinion ; M. Moebius est tout à fait affirmatif en faveur de la seconde. Pour le distingué neurologiste de Leipzig, Jean-Jacques a véritablement été en butte à de noires machinations, à de véritables persécutions, et si, chez lui, l'affection mentale a revêtu ce cachet spécial, telle en est la cause ; dans des circonstances de vie différentes, il est vraisemblable que les troubles mentaux auraient pris quelque autre caractère. En effet, dans toutes ses plaintes et ses imprécations, Rousseau n'inventerait rien, mais donnerait à des faits réels uue explication erronée dans le sens de la persécution. Ce délire spécial aurait été le seul trouble mental qu'il eût présenté pendant les 12 années de sa vie dont il en fut atteint. Certes, l'explication est intéressante et ingénieuse, mais peut-être M. Moebius se laisse-t-il un peu entraîner par la vive sympathie que lui a inspiré « son malade » ; le fait est que, par son manque de tact, par ses exigences et par les bizarreries véritablement morbides de son caractère, Rousseau en était arrivé à lasser même les mieux intentionnés parmi son entourage, et si quelquefois on le tourna en ridicule, on doit avouer qu'il l'avait amplement mérité. En somme, il eut peut-être plus à se plaindre du bon sens de ses contemporains que de leur mauvais vouloir.

Pierre Marie.

faut, pour avoir une désinfection complète, stériliser ces instruments en les mettant dans une étuve à une température élevée.

Voici comment les sondes, les bougies et tous les instruments en gomme sont installés actuellement dans le service de M. Terrier :

1° Les sondes du n° 6 au n° 21 inclusivement sont placées dans 12 tubes de verre qui mesurent 35 cent. de longueur et 3 cent. 5 de diamètre. Les huit premiers numéros (de 6 à 13) dans les quatre premiers tubes ; les derniers (de 14 à 21) séparément chacun dans un tube. Chaque tube est fermé au moyen d'un tampon d'ouate, puis on le place dans l'étuve où l'on porte la température à 100°. Au bout d'une demi-heure au maximum les tubes sont retirés. On les laisse refroidir, toujours bouchés, et le lendemain on renouvelle l'opération, ainsi que le jour suivant. Les sondes sont dès lors stériles et bonnes à être utilisées.

Les tubes sont disposés dans une boîte à 21 compartiments portant le même numéro que le tube. Il en résulte que les sondes sont classées d'avance et très faciles à prendre.

2° Les *bougies* sont traitées de la même façon et disposées dans des tubes semblables. Ici la boîte a 21 compartiments pour 21 tubes, le premier renferme les bougies filiformes jusqu'au n° 5 inclusivement ; les numéros au-dessus, jusqu'à 24 inclusivement, sont dans des tubes séparés.

Chaque tube renferme un ou deux explorateurs à boule du même calibre que les bougies. De même, chaque tube à sonde renferme des sondes ordinaires et des sondes béquilles de même calibre. Enfin, les bougies de l'uréthrotome et les sondes à bout coupé sont stérilisées dans un tube à part que l'on conserve fermé dans la boîte à uréthrotomie.

L'usage de ces sondes et de ces bougies est simple. Les boîtes, munies d'une poignée, sont apportées au lit du malade ; l'infirmier présente le tube demandé ; le chirurgien, dont les mains sont aseptisées *comme s'il s'agissait de faire une opération*, enlève d'une main le tampon d'ouate et de l'autre saisit la sonde voulue. Le tube est aussitôt refermé, puis replacé dans la boîte.

Lorsque la sonde a servi, elle est grasse et septique ; pour qu'elle puisse resservir, on l'essuie d'abord avec un peu d'ouate hydrophile pour la débarrasser du corps gras dont on s'est servi ; puis on injecte dans son intérieur, avec une seringue, de la solution de sublimé au millième ; on la place ensuite entre deux couches d'ouate où on la laisse un ou plusieurs jours, jusqu'à ce qu'on ait assez de sondes à stériliser pour remplir un tube. Après la stérilisation, les sondes sont réparties dans leurs tubes respectifs.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur un cas de pustule maligne traitée par le sublimé,

Par le Dr H. Lécuyer, de Beaurieux (Aisne).

Depuis les merveilleuses découvertes des infiniment petits qui, sous le nom de microbes, engendrent ou tout au moins propagent presque toutes les maladies, on a des tendances à croire généralement que la thérapeutique antimicrobienne date seulement d'hier. C'est une erreur, elle existait, mais d'une façon empirique, sans se rendre compte de l'action de certains médicaments.

Or, on sait aujourd'hui que les médicaments connus depuis longtemps comme spécifiques de certaines maladies agissent véritablement comme antiseptiques des différents microbes découverts dans ces dernières années.

Je citerai comme exemple le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente, le mercure dans la syphilis.

Ces médicaments détruiraient et l'hématozoaire pathogène de la malaria découvert par Laveran et l'agent pathogène de la syphilis, qu'il soit ou non le bacille décrit par Lustgarten. Mais avant la découverte de ces protoorganismes, nous étions parfaitement renseignés sur la valeur thérapeutique des médicaments en question.

Il y a déjà longtemps que le Dr Fauvel ordonnait le vin de Coca contre certaines formes de laryngite et le prescrivait en tout temps, malades ou non, aux chanteurs. Or à cette époque on ne connaissait que très vaguement les propriétés anesthésiques merveilleuses de la cocaïne. C'était de l'empirisme !

De même le sulfate de quinine qu'on emploie si souvent dans la fièvre typhoïde, dans la septicémie, dans la fièvre puerpérale, agit vraisemblablement comme antithermique, par conséquent comme antiseptique.

Ces réflexions me venaient à l'esprit en lisant dans le *Journal de médecine de Bordeaux* une communication du reste fort intéressante du Dr Troquart faite à la Société de médecine et de chirurgie de cette ville sur un cas de pustule maligne traité et guéri par la cautérisation au sublimé.

Je vais résumer son observation.

« Il s'agit d'un cas de pustule maligne de la paupière avec œdème considérable de la face qui résistait aux cautérisations profondes avec le thermo-cautère.

L'état empirait de plus en plus quand le Dr Troquart, après consultation avec le Dr Desmons, résolut de cautériser avec le sublimé.

A ce moment, le visage était boursouflé à rendre le sujet méconnaissable et l'œdème avait envahi le cou, ainsi que le haut du thorax.

Notre confrère, par une initiative hardie (?), incisa avec le bistouri tous les tissus sphacélés, pratiqua le bourrage de la plaie avec le sublimé en poudre et termina par un pansement ave la charpie maintenue au moyen d'un bandage. Il avait employé 1 gr. 50 de sublimé. Le 5 juin la fièvre est intense : pouls 135 ; température 40°3. Le 6 juin, après la cautérisation, l'état général est meilleur, le pouls est à 112 et la température à 39°.

L'action du caustique fut rapide, l'eschare se limita, l'œdème diminua et la guérison fut celle que l'on observe par l'élimination d'une eschare. »

Après le compte rendu de ce beau cas de guérison, le Dr Troquart conclut à la supériorité des caustiques sur le cautère actuel et chante les louanges du sublimé.

« L'action du sublimé a été merveilleuse, dit-il, le lendemain de l'application du caustique, nous avions obtenu sans douleur vive, la formation d'une eschare étendue dépassant largement les limites de la pustule, et à partir de ce moment, la fièvre est tombée, l'état général s'est amélioré, les symptômes d'infection ont disparu, si bien que deux jours plus tard, nos craintes, si vives jusque-là,

étaient complètement dissipées. Remarquons aussi que l'application de 1 gr. 50 de sublimé n'a amené aucune trace d'intoxication. »

A propos de ce traitement merveilleux, le Dr Troquart se borne à dire que ce caustique est emprunté à la pratique vétérinaire et qu'il est employé depuis de longues années par les médecins de la Beauce.

C'est tout.

Eh bien! j'ajouterai qu'il est non seulement employé dans la Beauce, mais qu'il est classique et employé partout.

Dans son beau livre : De la maladie charbonneuse de l'homme (1867), le regretté Dr Guipon, de Laon, décrit très minutieusement cette méthode de traitement, mais en attribuant au Dr Poulain, de Châteauneuf-en-Thymerais (Eure-et-Loir), mon respectable ami, la paternité de ce mode de traitement.

Ce n'est pas tout à fait exact : c'est à son père, vétérinaire à Saint-Luperce (Eure-et-Loir), que revient l'honneur d'avoir inventé et préconisé cette méthode, il y a plus de 60 ans :

Le Dr Poulain, exerçant dans cette Beauce, où il y a 50 ans encore le charbon était si commun, eut beaucoup de succès par les cautérisations profondes avec le sublimé après excision, et aussitôt Maunoury, Salmon et les autres suivirent son exemple.

Depuis, ce procédé est classique et est décrit dans tous les auteurs, Vidal, Nélaton, Valleix, Follin, dictionnaire de Jaccoud, etc. Tous le conseillent.

En 1876 j'eus l'occasion d'employer cette méthode qui me réussit admirablement.

Le 12 septembre de cette année, je fus appelé à Glennes pour voir un berger qui avait, me dit-on, mal à la main.

A la partie dorsale de la main droite, sur toute la largeur, et depuis les doigts jusqu'à l'articulation radio-carpienne, existait une plaie gangreneuse noirâtre. Je n'eus pas de mal à constater un cas de pustule maligne.

Interrogé, le berger me dit qu'il avait eu des moutons atteints du sang-de-rate, dont quelques-uns étaient morts et que, malgré la défense de son maître, il les avait dépecés pour vendre la peau ; il avait alors une écorchure à la main.

Cette affection, qui était commune dans le Laonnais il y a 25 ans, est devenue très rare.

L'affection était grave, il y avait une quinzaine de jours d'incubation et six jours depuis le début de la pustule.

J'appelai en consultation mon beau-père le Dr Ferié (de Beaurieux), ami d'études du Dr Poulain, et alors nous pratiquons l'opération suivante.

Nous disséquons la partie gangrenée dans toute l'étendue de la tumeur, le plus profondément possible, jusqu'aux tissus sains.

Nous rencontrons des tissus flasques, remplis de sérosité sanieuse, épaissis et quand la plaie est bien nettoyée, nous la bourrons avec *dix grammes de sublimé en poudre.*

Comme dans l'observation du Dr Troquart, aussitôt la fièvre diminua et les douleurs furent supportables.

Le lendemain, nous rajoutons du sublimé dans certaines parties ayant mauvais aspect ; le surlendemain aussi. Tous les jours nous faisons un pansement ouaté jusqu'à la guérison qui eut lieu deux mois après. Ce temps doit être considéré comme très court si l'on songe que la plaie avait 13 centimètres de long sur 10 de large.

Il n'y eut aucun symptôme d'empoisonnement mercuriel.

Pendant tout le temps du traitement, le vin, le café, l'alcool, les toniques de toute nature furent donnés.

C'est, je crois, un beau cas de guérison, et la lecture de l'observation du Dr Troquart m'a engagé à le publier, d'autant plus que c'est le seul cas que j'aie eu l'occasion d'observer. Dans le sang-de-rate, la contagion est bien démontrée et depuis longtemps.

Depuis longtemps aussi le remède héroïque pour guérir la pustule maligne est trouvé ; c'est le sublimé et on n'a pas attendu heureusement la découverte du bacille du charbon pour en faire bénéficier les malades.

Nous devons ajouter que depuis les travaux si remarquables de Pasteur qui a propagé la vaccine des moutons et fait instituer des mesures de police prophylactiques, la pustule maligne devient de plus en plus rare.

C'est pourquoi je publie cette observation et profite de cette occasion pour donner des renseignements certains sur l'auteur de la découverte admirable du traitement *qui réussit toujours quand le médecin est appelé à temps*, de la pustule maligne par l'excision et les cautérisations profondes au sublimé.

Dr F. Lécuyer.

Cancer ganglionnaire primitif de l'aine.

Le 21 septembre la femme L. G., des Quatre-Vents de Cr., vint me trouver et me montra une tumeur unilatérale ulcérée et enflammée d'une odeur infecte, semblable à un sarcome, tenant l'aine et une partie de la grande lèvre droite. La tumeur semble mobile et on perçoit difficilement un autre ganglion de l'aine engorgé. La malade, âgée de 40 ans, malgré une couleur violacée aux pommettes et aux lèvres, a une teinte cachectique. C'est une rousse aux yeux bleus.

Aucun antécédent cancéreux avoué dans sa famille.

Aucun antécédent syphilitique ou strumeux pour le sujet.

A l'occasion d'un accouchement elle a eu, plusieurs années avant, une grosseur dans l'aine; elle a disparu.

Au mois de janvier, à cette même place, il lui est survenu une grosseur qui a augmenté surtout à partir de la *Saint-Fiacre*. Je propose l'ablation et l'envoie chez mon prédécesseur demander son aide et son jour pour l'opération. Elle est décidée pour le 27. En attendant, repos absolu et cataplasmes à la fécule.

Le 29 les époques surviennent 1 heure avant notre arrivée. L'opération est remise au 2 octobre. On constate que l'inflammation est tombée et qu'un ganglion attient à la tumeur.

Le 2 octobre. La malade est endormie, je constate que le ganglion n'est plus seul et a augmenté de volume : la tumeur semble adhérente au niveau de l'anneau crural et des vaisseaux. Rien aux muqueuses des grandes lèvres ni à l'utérus. Aucune lésion à gauche, les ganglions sont normaux. La tumeur est circonscrite par un incision ellipsoïde dont le grand diamètre est dans le sens du pli de l'aine et enlevant une bonne partie de la grande lèvre.

La dissection est faite au bistouri couche par couche. Le ligament rond, mis à nu, est incisé. La tumeur isolée présente une large baie et surmontée une série de ganglions accolés ; elle est fragmentée. Chemin faisant, on énuclée des ganglions jusque dans le triangle de Scarpa. Au niveau de l'anneau crural je trouve un sac piriforme étroit à l'anneau large à la base de la tumeur à laquelle il adhère entièrement ; je ne puis l'en séparer. Ce sac est souple à sa partie étroite, dur vers la tumeur. Je l'attire à moi et fais poser une ligature avec un quadruple fil de soie phéniqué et ciré, puis j'incise en dessous de la ligature. Aucune artère d'un volume appréciable n'a été coupée ; néanmoins, comme la malade est loin de chez moi, je pose un fil sur 2 ou trois artères sur lesquelles j'avais posé les pinces à forcipressure. Pansement à la charpie imbibée d'eau fortement phéniquée. Le second jour, pansement avec l'iodoforme et drain. Le dixième jour (4e pansement); la plaie est rose, recouverte partout de bourgeons charnus. La malade n'a eu la fièvre qu'un seul jour et a mangé dès le 5 octobre et dès le 10 n'a plus la teinte cachectique. La pièce la plus grosse après celle que présente la plaie ulcérée, est celle que j'ai trouvée adhérente au sac *dont elle comprend une partie*. L'opération a duré 1 h. 30 m. environ. Le sac devait contenir un peu d'épiploon dégénéré au niveau de la tumeur. La ligature du sac a été sensible.

Vous devez comprendre quel a été mon embarras lorsque j'ai vu que la dissection du sac ne pouvait se faire complètement et que ma seule ressource était de tenter une ligature au-dessous de la partie dégénérée.

Dr Combaud (de Sancerre).

CORRESPONDANCE

Réclamations de priorité. — Nouvel appareil à Inhalations (Thermo-aéro-thérape.)

Suum cuique.

Mon cher Directeur,

1o M. le Dr Debove est assurément un praticien éminent, de la plus absolue bonne foi. Il a rendu des services considérables à la science, en particulier par la pratique du gavage. Il se croit certainement le père de l'alimentation forcée. Qu'il me permette de le lui dire, cette paternité de dix ans est une erreur. Le père authentique, celui qui a positivement fait l'enfant, celui que les noces démontrent, c'est moi. Qu'il ouvre le recueil de la *France médicale*, année 1871, et il y trouvera une observation du docteur Reignier ainsi libellée : « Adulte — Pleurésie purulente — Empyème — Alimentation forcée — Guérison » — *Année* 1875 : « Dix cas d'empyème — Alimentation forcée — Neuf guérisons.» — Est-ce clair ! Evidemment mon distingué confrère n'a pas lu la *France médicale*. S'il l'avait lue, il m'aurait cité. Voilà bientôt dix-huit ans que j'ai l'honneur d'être l'initiateur de cette grande méthode, et ce n'est qu'aujourd'hui que l'idée pour le moins fantasque de crier : « Me ! Me ! adsum qui feci ! » m'est apparue. Va-t-on m'envoyer dans une enceinte fortifiée pour cela ? Suis-je coupable de faire valoir mes droits tardifs, mais légitimes, vis-à-vis de ce fils que Debove a adopté et qu'il a couvert d'une gloire qui me le dérobe ? Je ne le pense pas. Il y a là, à mon avis, une double paternité. J'ai lancé l'enfant dans la vie. Debove l'a élevé, c'est lui qui lui a donné l'instruction gratuite et obligatoire, il a fait plus, il l'a orné d'un tuyau. C'est depuis ce temps-là que les phtisiques pèsent cent cinquante kilos et enterrent leurs belles-mères. Evidemment comme paternité je ne suis pas de poids, mais cependant qu'on me pardonne la voix du sang et l'article sérieux qu'elle vient d'inspirer à un aïeul si cruellement méconnu.

2o En 1870, éclairé par l'empirisme, effrayé des résultats amenés par l'usage des caustiques, je les envoyais tous aux dieux infernaux et je partais vaillamment en guerre contre la diphtérie, armé d'un simple pinceau et d'une solution saturée de tannin. J'expliquais en même temps dans le journal la *France médicale* le bien fondé de mes agissements, le balayage sur place de la substance infectieuse, et l'obstacle puissant que je mettais ainsi à l'auto-inoculation. Depuis ce temps-là le pinceau a fait son chemin. L'un le pousse avec mollesse, l'autre le brandit comme un pieu ; le Dr Gaucher, dont personne ne saurait contester la haute valeur, en a fait une lance d'Achille et il en obtient des résultats merveilleux. En un mot, depuis mon travail, c'est une véritable débauche de coups de balai sur les tonsilles. Il faut le reconnaître, personne ne m'ayant lu, personne ne m'a cité, que voulez-vous ! J'ai encore laissé passer là 19 ans sans me plaindre ? J'ai guéri les gens dans la proportion de 94 % et je ne leur ai pas fait de mal. Quel droit pouvais-je avoir à une mention ?

3o Cette fois je vous adresse un instrument qui ne passera pas inaperçu, et qu'on ne m'enlèvera pas assurément sans le savoir, puisqu'il pèse 40 à 50 kilos.

C'est un inhalateur.

Cet appareil, d'un prix abordable (150 à 200 fr.), d'une conservation presque indéfinie — ce qui permet de le mettre à la disposition successive d'une foule de malades, — permet de donner des inhalations médicamenteuses ou à air simple, depuis 15 à 20 degrés au-dessous de zéro, jusqu'à 300 au-dessus. Par un mécanisme très simple, le praticien peut administrer ou faire administrer au malade et à volonté des inhalations chaudes, des inhalations froides, des inhalations écossaises, des inhalations alternatives, des inhalations médicamenteuses, et terminer toutes ces manœuvres, combinées ou isolées s'il en voit l'utilité, par des douches légères, mais effectives d'air chaud et d'air froid sur toute la périphérie du corps ou seulement sur le segment souhaité !

Pour peu que mes confrères soient versés dans les manœuvres hydrothérapiques, et ils sont nombreux aujourd'hui, ils saisiront l'importance d'une méthode appelée à révolutionner le traitement des voies respiratoires par l'application directe à ces organes des procédés les plus actifs de la science, l'intervention de la chaleur et du froid, judicieusement combinés. Avec l'appareil dont j'ai eu la conception, conception que M. Walter Lécuyer a réalisée avec tout son talent, ils pourront déterminer à volonté dans le département respiratoire : *a)* des effets microbicides (air chaud de 100 à 300o ou air froid à — 20, ou encore un air tiède ou chaud chargé de vapeurs appropriées) ; — *b)* des effets sédatifs (inhala-

tions écossaises ou air frais prolongé suivant les indications ; — c) des effets résolutifs (air chaud ou inhalation alternative), toutes manœuvres terminées par des douches d'air à température négative ou positive..

On voit, par cet exposé, de quelle mine importante la thérapeutique des voies respiratoires à domicile et même dans les établissements spéciaux avait été privée jusqu'ici. Soit commeprophylaxie, soit comme traitement immédiat, soit comme entraînement consécutif, la libre disposition de la chaleur et du froid permettra de combattre les lésions et d'assouplir consécutivement les organes incriminés, et de les bronzer au point de pouvoir leur faire affronter sans péril les climats les plus variés. Il est inutile d'ajouter que l'alimentation forcée et tout l'arsenal thérapeutique existant agiront merveilleusement comme appoint.

Dr Reignier (de Surgères),
membre correspondant de la Société de médecine pratique de Paris.

P. S. Les confrères qui désireraient appliquer à leurs malades ce que je ne crains pas d'appeler « cette marche en avant » n'auraient qu'à demander dans l'industrie spécialiste « le *thermo-aérothérape* » du Dr Reignier, de Surgères, ou, s'ils le préfèrent s'adresser directement à l'inventeur.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins civils et la mobilisation

I

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

J'ai reçu le 20 octobre la visite d'un ami de famille, médecin militaire distingué, officier de la Légion d'honneur, qui avait bien voulu, sur ma prière, se rendre au ministère de la guerre pour me fournir des renseignements authentiques sur la situation militaire des médecins territoriaux.

Il résulte d'une communication émanant d'un haut personnage officiel qu'il y a pléthore dans les cadres du service de santé (réserve de l'armée active et armée territoriale). Pour 20 démissions, 50 entrées nouvelles ; telle est la proportion : le service est donc largement assuré, d'où aucun ménagement à garder pour l'avancement des médecins civils.

L'avancement n'est et ne sera accordé qu'au choix au bout de six ans de service et seulement en faveur des médecins civils nommés au concours dans un hôpital ou une école de médecine ; ceux-là seuls pourront aspirer au grade de médecin-major de 2e classe ; les autres médecins de l'armée territoriale ne pourront qu'à de rares exceptions et pas avant 5 ans d'ici dépasser le grade d'aide-major de 1re classe (lieutenant) ; c'est pour le moment leur bâton de maréchal jusqu'à l'âge de 45 ans.

Dans cinq ans seulement quelques rares territoriaux ne sortant pas des concours pourront *peut-être* être proposés pour le grade de médecin-major de 2e classe, s'ils veulent rester jusqu'à 50 ans dans l'armée territoriale ; d'où la misère assurée pour les autres à leur famille s'ils tombent sur le champ de bataille.

Cette anomalie si choquante dans l'organisation du service de santé territorial, si différent et si peu en rapport avec celui des médecins de l'armée active, résulte d'une organisation incomplète et insuffisante du service de santé territorial, qui est loin d'être complètement parallèle avec celui de l'actif.

Dans l'actif on est aide-major de 2e classe à 24 ans, aide-major de 1re classe à 28 ans, médecin-major de 2e classe à 34 ans, médecin-major de 1re classe à 44 ans (âge moyen) et généralement le médecin militaire qui n'est pas arrivé au concours dans les hôpitaux est retraité à 55 ans avec ce grade d'officier-supérieur (commandant). Tel est l'avancement pour le service régimentaire actif et qui devrait être aussi celui de la territoriale en France, comme il l'est en Allemagne.

A côté du service actif régimentaire se trouve le service plus savant, plus scientifique des ambulances, hôpitaux et administration générale. Dans ce service sont classés les chirurgiens distingués, les médecins remarquables arrivés par le concours et destinés aux hautes situations de la médecine militaire. Cette haute et savante section, si riche en savants distingués dans l'armée territoriale, n'existe pas comme classement parmi les médecins civils, et cependant c'est la plus importante, c'est elle qui rendra les plus immenses services dans la prochaine guerre. Tous nos médecins et chirurgiens des hôpitaux et écoles si légitimement gradés pèsent donc de tout leur poids sur les *médecins régimentaires* de territoriale, situation qui ne sera pas la leur en temps de guerre où leur savoir les désigne pour l'organisation, le commandement et la haute chirurgie dans les ambulances et les hôpitaux de campagne mobilisés.

Les médecins-majors et les aides-majors attachés chacun à leur bataillon respectif forment les cadres subalternes, donnent seulement les premiers secours aux blessés, dirigent l'évacuation et n'ont nul besoin d'être des sommités médicales. Leur rôle est celui du capitaine, de l'officier de troupe, ils vont et restent au feu, partageant les périls et les risques des soldats de leur bataillon. Ce sont ceux-là qui resteront sur le champ de bataille où ils tomberont en nombre le jour d'une grande bataille. C'est à *ceux-là*, qui sont destinés à porter le drapeau de l'honneur médical, dont les noms couvriront les tables de marbre érigées dans nos facultés pour les archives du devoir professionnel, c'est à eux que l'on refuse ce qui est accordé à nos caporaux de l'active : l'espoir d'arriver au grade de médecin-major de 2e classe (vieux capitaine) à l'âge de 42 ans. C'est une injustice. Heureusement qu'il y a 48 médecins députés à la Chambre sans compter ceux du Sénat !

Nous croyons et nous espérons que cette importante question sera présentée à l'Association de la Presse médicale et que grâce à des défenseurs tels que MM. le sénateur-professeur Cornil, le Dr Bourneville, le Dr De Ranse, etc., la députation médicale sera invitée à nous donner satisfaction.

C'est dans l'Association de la Presse médicale que les 3,000 médecins territoriaux mettent leur confiance pour l'étude de leurs trop légitimes revendications.

Avec les armes actuelles et le nouveau mode de combat, les insignes de Croix-Rouge sont une fiction, il y aura autant de médecins régimentaires tués par le feu que de commandants.

En outre de la question d'avancement, il y a

l'importance de la question de solde ; car il faut la solde de capitaine, ou de médecin-major de 2e classe, pour que l'indemnité donnée à la veuve et aux orphelins des médecins territoriaux tués à l'ennemi puisse leur permettre de ne pas mourir de faim.

2,400 francs pour une veuve avec enfants ! !

Ce n'est donc pas une simple question de galons. Il s'agit de laisser du pain à notre veuve et à nos orphelins.

Un aide-major territorial de 42 ans,
16 ans de grade (réserve et territoriale).

II

Monsieur le Directeur,

J'ai lu, avec beaucoup d'intérêt, les lettres que vous avez publiées au sujet de la situation militaire des médecins civils. D'après les plaintes que ces lettres mentionnent, je dois me trouver favorisé. Car, d'après l'ancienne loi, je devais être libéré le 1er juillet 1889, et mon premier acte militaire a été de me présenter, en tenue, devant le Directeur du service de santé le 18 décembre 1888. A ce moment, j'étais depuis trois ans médecin-aide-major de 1re classe, attaché, en cas de mobilisation, aux hôpitaux et ambulances militaires de X. Je répondis à plusieurs questions de M. le Directeur sur mon passé militaire. mes aptitudes plus spéciales pour la médecine ou la chirurgie. A cette question, si je resterais dans les cadres de l'armée territoriale après ma libération, je répondis oui, « aux ambulances de X. » M. le Directeur me dit que cela me reviendrait de droit. Quelqu'un de son entourage m'affirma que je serais promu immédiatement au grade suivant. Or, j'ai toujours mes deux galons ; mais j'ai reçu, au mois de mai, une feuille de mobilisation me désignant pour un fort dans le Midi ; et impossible de me retirer autrement que pour être simple soldat. J'ignore quelle haute influence aura favorisé un plus jeune que moi.

Le nouveau Directeur du service de santé, auquel je me suis adressé, m'a affirmé très gracieusement qu'il n'était pour rien dans ce changement ; il a ajouté qu'au ministère « on avait tout changé ».

Agréez, etc.,

Dr C., 201.

III

26 octobre 1889.

Monsieur le Directeur,

Dans le numéro du 19 courant, de votre estimable journal, je lis une lettre d'un de nos confrères qui signe « démissionnaire aide-major de 2e classe à 40 ans », dans laquelle lettre ce confrère engage les aide majors à donner leur démission et à se faire attacher aux ambulances des sociétés de secours aux blessés.

Ayant soumis la question au Directeur du service de santé de mon corps d'armée, voici sa réponse que je me fais un devoir de vous transmettre :

« Je dois relever une erreur contenue dans votre lettre du 21 octobre au sujet des médecins de l'armée territoriale qui, dites-vous, ont cru devoir donner leur démission pour défaut d'avancement et se faire autoriser à passer dans les ambulances des sociétés de secours aux blessés. Je puis vous affirmer que, dans le corps d'armée, aucune de ces demandes n'a été agréée par le ministre de la guerre, qui n'admet pour les médecins de la réserve ou de la territoriale que deux situations : ou celle d'*officier du corps de santé* ou celle de *simple soldat*. »

Cette question étant à l'ordre du jour depuis quelque temps dans le *Concours médical*, j'ai pensé dans l'intérêt de la cause vous faire connaître cette réponse catégorique du Directeur du service de santé de mon corps d'armée.

Veuillez agréer, etc.

Dr B.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

EXTRAIT DES DÉLIBÉRATIONS DU SYNDICAT DE BRIOUDE.

Refus de Concours à la justice.

L'Association syndicale des médecins de l'arrondissement de Brioude, considérant que le corps médical réclame depuis longtemps la revision du décret du 18 juin 1811, relatif à la fixation des honoraires dus aux médecins auxiliaires de la justice,

Délibère à l'unanimité :

Les membres du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Brioude refusent, en raison de l'insuffisance des honoraires alloués par le tarif de 1811 (art. 17), de prêter leur concours à la justice en qualité de médecins légistes, et s'engagent, lorsqu'ils seront requis par l'autorité judiciaire, de n'accepter les missions qui leur seront confiées qu'à titre de médecins non employés ordinairement par la justice.

En conséquence, ils réclameront, en vertu des articles 133 et 134 du tarif de 1811 (relatif aux frais qui doivent être, en qualité de frais urgents acquittés sur simple taxe), des honoraires calculés sur les bases suivantes :

1° Par kilomètre entre la résidence du médecin employé et le lieu des opérations, 1 fr.
2° Pour les rapports et simples visites, 10 fr.
3° Pour les opérations plus difficiles que les simples visites, 20 fr.
4° Pour les autopsies, 50 fr.

Communication de la présente délibération sera faite par les soins du Président de l'Association médicale à M. le Procureur de la République de Brioude et au journal le *Concours médical*.

Signé :

Le Secrétaire, Dr DEVERNOIS. — *Le Président,* Dr E. NOIR.

Réquisition des médecins.

La revision des tarifs de 1811 fixant les honoraires à allouer aux médecins requis comme auxiliaires de la justice soulève de toutes parts d'énergiques protestations.

Nous avons rappelé récemment la grève des médecins de Rodez et de Marcillac survenue dans des circonstances depuis longtemps prévues, et que l'attitude du parquet du procureur général avait rendue inévitable. Depuis plus de deux ans en effet, des pourparlers existaient dans le but d'arriver à une entente. A toutes les demandes

de nos confrères on répondait par un *non possumus* absolu sans jamais leur accorder la plus légère concession. Dans de telles circonstances, ils ont fait usage des seules armes qui étaient à leur disposition.

Depuis que cette affaire est pendante, la Société des médecins s'est réunie et a décidé de refuser, jusqu'à nouvel ordre, son concours à la justice.

La question intéresse non seulement le corps médical, mais aussi le public qui a intérêt à ce que les actes médico-légaux soient sérieusement faits. Or, la Société ne peut exiger arbitrairement de tel ou tel confrère de faire une besogne aussi répugnante, aussi difficile et aussi longue, sans une rémunération convenable. C'est une question de justice et de bon sens.

L'énergique attitude des médecins de l'Aveyron, comme l'ordre du jour ferme et digne voté par l'Association médicale de l'Hérault, porteront leurs fruits. Le Parquet général de Montpellier sera forcé de prévenir ces conflits regrettables, en réclamant pour les médecins une rémunération plus équitable et en prescrivant plus de délicatesse et plus de formes dans les réquisitoires à l'adresse des médecins.

Nos confrères de Brioude ont résolu d'entrer dans la même voie, ainsi qu'on le voit par le compte-rendu que nous donnons des délibérations du syndicat local.

Nous ne saurions trop le répéter : des réclamations isolées et en quelque sorte platoniques ne sauraient aboutir. Si nous voulons arriver à un résultat, nous devons imiter nos confrères de Brioude et de Rodez. C'est le meilleur moyen — et c'est le seul — de faire enfin comprendre aux pouvoirs publics que des tarifs qui, il y a bientôt quatre-vingts ans, étaient considérés comme insuffisants, ne sauraient nous être appliqués de nos jours. C'est le seul moyen de créer dans toute la presse — scientifique comme politique — cette agitation salutaire qui est le prélude des réformes. L'opinion publique, dont il faut toujours tenir compte, sera préparée par elle et rendra bien vite indispensables les justes modifications que nous demandons.

Mais nous ne voudrions pas qu'on se méprît sur nos intentions. Il est bien entendu que nous ne devons pas refuser notre concours dans un but d'hostilité systématique aux parquets où chacun de nous compte des amis. *Ce sont les tarifs de* 1811 *que nous visons et non ceux qui, liés par les textes, sont chargés d'en assurer l'application.*

Nous engageons vivement tous les syndicats médicaux, affiliés ou non à l'Union, à prendre des délibérations dans cet ordre d'idées et à nous en adresser un exemplaire. Nous le publierons et avec le dossier ainsi constitué nous aurons, pour défendre nos intérêts, une arme irrésistible.

Dr Ad. Barat-Dulaurier.

REPORTAGE MÉDICAL

On étudie en ce moment le moyen de multiplier le nombre des *médecins et chirurgiens titulaires des hôpitaux*, dont les services sont trop chargés. De trente à cinquante lits suffiraient à chaque chef de service. On pourrait ainsi abréger le stage si long, si décourageant du bureau central.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Rougier, de Pian-sur-Garonne (Gironde), présenté par M. le Directeur.

M. le Dr Flandrin, médecin de 1re classe de la Marine, à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure, présenté par M. le Dr Roux, de la Jarrie (Charente-Inférieure).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Dictionnaire pratique des Premiers secours à donner en cas d'accidents, à l'usage des gens du monde, des cultivateurs, des maisons d'Education, etc., etc., par le Dr A. J. Devoisins, un volume in-18 de 300 pages. Prix 2 fr. 50.

Notre confrère du Concours médical M. le Dr Devoisins s'est proposé dans ce livre, très scientifique au fond quoiqu'écrit en une langue intelligible pour tout le monde, d'amener l'habitant des campagnes, voire même le praticien, à utiliser pour le plus grand intérêt des blessés, tout le temps qui s'écoule entre le *Moment de l'Accident et l'arrivée du médecin*. Une pensée domine dans ce véritable dictionnaire des premiers soins : assurer la facilité, et, par conséquent, la rapidité des recherches. Nous en connaissons peu d'aussi pratiques et d'aussi nécessaires, pour le médecin qui ne peut toujours avoir présent à la mémoire l'indication préférable ou encore la médication la meilleure. Ajoutons que son format le rend portatif.

Congrès des habitations à bon marché, un volume de 200 pages avec plans de maisons hors texte. Prix 4 fr. 50, remise de 20 %.

Les Sciences médicales en 1889. Rapports publiés par la Société de médecine pratique, à l'occasion de l'Exposition universelle. 1 beau volume grand in-8° de 320 pages, cartonné toile anglaise, tête dorée. 8 fr.

Deuxième fascicule du *Guide médical à l'Exposition universelle internationale de 1889 à Paris*, par Marcel Baudouin, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, avec la collaboration de MM. P. Achalme, G. Capus, P. Keraval, L. Lamotte, A. Raoult, L. Reynier, A. Rousselet.

Anatomie, Chimie et Pharmacie, Matière médicale, Eaux minérales, Microbiologie, Hygiène et Assistance publique.— Dans le troisième fascicule, qui sera publié sous peu, on trouvera traité, — après les *Instruments de Chirurgie et de Précision*, et tout ce qui se rapporte à l'anatomie normale et comparée, à l'hygiène, à l'assistance publique, à la matière médicale et aux sciences pharmaceutiques, etc., — ce qui a trait à l'Exposition des Sciences Anthropologiques ; et dans la dernière partie de ce fascicule le lecteur trouvera de curieux renseignements sur la *Librairie* et la *Photographie* médicales, etc., une intéressante critique artistique, intitulée : *La Médecine au Palais des Beaux-Arts* ; enfin, quelques articles tout nouveaux et pleins d'actualité sur les *Maladies de l'Exposition*.

La Rédaction du *Progrès Médical* a cru répondre à un besoin réel en publiant ce *Guide*, qui formera un beau volume d'environ 550 pages et qui sera illustré de plus de 300 figures.

Prix du permier fascicule : Instruments de chirurgie et de précision, 3 fr. 50 ; Prix du deuxième fascicule, 2 fr. 50 ; Souscription à l'ouvrage complet, 7 fr. 50.

Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements, par le Dr A.-J. Martin, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France. On peut se procurer cet ouvrage chez l'Editeur du Concours, M. Rongier.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André,
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement systématique de la fièvre typhoïde par les bains froids (1).

M. *Josias* a traité, en 1888 et 1889, dans plusieurs hôpitaux 36 fièvres typhoïdes par le bain froid (18°) administré systématiquement toutes les trois heures quand la température rectale atteint ou dépasse 39°. La statistique a donné 35 guérisons, 1 décès : mortalité 2,77 pour 100.

Ages des malades : 5 à 40 ans et au-dessus. Dans ces 36 cas il y avait 27 cas bénins, réguliers, mais hyperpyrétiques, 9 cas graves (formes ataxo-adynamiques, hémorrhagies intestinales, pneumonie au 22e jour, endocardite, artério-sclérose généralisée, etc.). Le seul décès concerne un malade entré seulement à l'hôpital au 17e jour d'une rechute de forme ataxo-adynamique et traité in extremis.

Tous les malades ont été baignés à partir du jour où le diagnostic a été indiscutable ; les bains n'ont été suspendus que pendant les hémorrhagies intestinales et d'une manière tout à fait momentanée. On a baigné malgré la menstruation, malgré les manifestations broncho-pulmonaires et rénales. Le nombre des bains a varié pour chaque malade de 1 à 168, en moyenne 61 bains.

M. Josias a constaté tous les heureux effets signalés par les adeptes de la méthode des bains froids ; « grâce à eux, la fièvre typhoïde n'a plus de typhoïde que le nom ».

Un des avantages est la diurèse excessive, conséquence de la soif des malades à qui on peut faire boire 4 à 5 litres de liquides, alimentaires ou non ; la diarrhée est abondante. Il en résulte un lessivage quotidien des intestins et des reins. La quantité très grande de boissons nutritives comme le lait et le bouillon qu'on peut faire prendre aux malades constitue une véritable suralimentation, grâce à laquelle la maladie est moins longue, les forces sont mieux conservées et par suite la convalescence plus facile.

Il faut cesser, comme on l'a fait souvent, d'accuser les bains froids de favoriser les hémorrhagies intestinales et les complications broncho-pulmonaires ; ils les préviennent ou les atténuent plutôt et quand ces accidents se produisent, c'est du fait de l'évolution même de la maladie.

En réunissant les cas apportés à la Société le 28 décembre 1888 par M. Juhel-Rénoy, ceux de M. Richard et ceux de M. Josias, on obtient une statistique de 143 cas donnant une mortalité de 4,61 pour 100.

Or M. Merklen constate, dans son rapport, que la mortalité par fièvre typhoïde dans les hôpitaux civils de Paris oscille actuellement entre 14 et 15 pour 100.

M. *Juhel-Rénoy* attribue la diarrhée qu'ont eue les malades de M. Josias à l'administration de quelques purgatifs salins faite concurremment, car Brand a signalé plutôt la diminution de la diarrhée sous l'influence des bains froids.

M. *Millard*, qui applique depuis deux mois la méthode de Brand, se conforme exactement à la formule de Brand ; il donne les bains de 15 minutes avec affusions froides simultanées. Les résultats qu'il a obtenus jusqu'ici sont bons.

M. *Chauffard* pense que, dans les cas graves, il faut même corser la formule de Brand ; il faut donner un bain toutes les deux heures et demie, soit 10 bains en 24 heures, et faire durer chaque bain 20 minutes.

M. *du Cazal* a pu se convaincre de la difficulté d'administrer un aussi grand nombre de bains quand on a beaucoup de typhiques à la fois, malgré un personnel d'infirmiers convenable.

M. *Gaucher* fait observer qu'à l'époque où MM. Juhel-Rénoy et Josias ont pris leurs observations, dans les mêmes conditions d'épidémie et d'hospitalisation, il a soigné 17 typhiques, 16 par les

(1) Société médicale des hôpitaux (8 novembre 1889).

moyens ordinaires qui ont tous guéri et 1 par les bains froids, qui est mort. Mais celui-ci était mourant quand on a commencé le traitement. Ce décès ne prouve donc rien contre la méthode.

La fièvre typhoïde et l'eau de Seine à Paris.

M. *Chantemesse* rappelle qu'il a signalé en 1887, avec M. Widal, le rapport constant entre l'augmentation de la morbidité par fièvre typhoïde à Paris et la distribution d'eau de Seine. Aujourd'hui il apporte une note pleinement confirmative de cette loi pour l'année 1889. Dans celle-ci, les arrondissements pourvus d'eau de Seine ont eu une mortalité par fièvre typhoïde 3 à 4 fois plus grande que la mortalité du reste de la ville qui recevait de l'eau de source. En 1888 l'année était pluvieuse, l'eau de Seine n'a pas été substituée à l'eau de source ; aussi jamais depuis 30 ans la fièvre typhoïde n'a été aussi rare que l'année dernière. Des tableaux fournis par M. Chantemesse il résulte que 3 à 4 semaines après la substitution d'eau de Seine le nombre des entrées hospitalières par fièvre typhoïde s'élève peu à peu. Chaque fois qu'un arrondissement nouveau reçoit l'eau de Seine, la morbidité typhoïde y augmente. Rien n'est plus blâmable au point de vue de l'hygiène générale que la pratique qui consiste à attribuer l'eau de Seine successivement à tous les quartiers ; c'est le meilleur moyen de bien disséminer la maladie.

L'eau de Seine est incontestablement une des causes principales de la fièvre typhoïde à Paris. Mais elle n'est pas aussi nuisible dans tout son parcours. A Fontainebleau, où la Seine arrive sans avoir été souillée dans un long trajet, la fièvre typhoïde est rare ; mais en arrivant à Paris, le fleuve a reçu les égouts de Choisy-le-Roi, Corbeil, Ivry, où la fièvre typhoïde est endémique.

M. *Vaillard* corrobore les faits annoncés par M. Chantemesse par des exemples tirés de ce qui se passe dans les casernes parisiennes et dans les garnisons de province.

M. *Ollivier* a appelé vivement encore l'attention du conseil d'hygiène de la Seine sur l'importance de la question : La fièvre typhoïde tue en moyenne 1,000 personnes par an à Paris, et 800 de ces décès pourraient être évités par la suppression de l'eau de rivière dans les usages alimentaires.

Le remède ne consiste pas seulement dans l'adduction de sources nouvelles, destinées elles-mêmes à devenir insuffisantes par suite de l'augmentation constante de la population. Si on ne gaspillait pas l'eau de source pour des usages autres que l'alimentation, on en aurait suffisamment. Le remède au gaspillage est dans l'adoption d'une double canalisation, un gros tuyau pour l'eau de Seine, un petit pour l'eau de source ; le public n'utiliserait évidemment pas ce dernier pour les usages domestiques vulgaires, parce qu'il faudrait attendre trop longtemps au robinet et finirait bien par comprendre que la fièvre typhoïde coule par le gros tuyau et jamais par le petit. Malheureusement des ingénieurs estiment que l'installation de ce système coûterait trop cher.

M. *Letulle* fait observer que la double canalisation existe dans tous les hôpitaux et que pourtant on observe de temps en temps des cas intérieurs dans le personnel des infirmiers qui, malgré les recommandations, vont puiser de l'eau pour boire au robinet d'eau de Seine parce qu'il coule plus vite. En outre, quand l'eau de source manque, la ville envoie nécessairement l'eau de Seine à l'hôpital. Il est arrivé cette année, à l'Hôtel-Dieu, qu'on a fabriqué les tisanes avec de l'eau de Seine, et le pharmacien était dans l'impossibilité de faire autrement. Le seul remède est dans l'installation de filtres Pasteur dans tous les hôpitaux. C'est ce que M. *Gérin-Roze* a obtenu pour son service à Lariboisière.

M. *Juhel-Rénoy* a soigné récemment huit à neuf typhiques, venus d'Aubervilliers où on ne boit que de l'eau de Seine. Ils sont tous morts très rapidement malgré le traitement par le bain froid ; ils avaient été soumis évidemment à une infection d'une intensité exceptionnelle.

M. *Ferrand* a constaté avec surprise, sur un projet d'installation de deux réservoirs à Montmartre, l'un pour l'eau de source, l'autre pour l'eau de Seine, que les deux conduites qui en partent s'empressent de se rejoindre.

M. *Chantemesse* fait observer que certaines queues d'épidémies sont explicables par cette circonstance que l'eau de source, qu'on rend à l'alimentation publique, entraîne forcément les souillures déposées antérieurement par l'eau de Seine dans les mêmes tuyaux.

Après un échange d'observations entre MM. *Barrié*, *Ollivier*, *Chauffard*, *Laillier*, sur le degré de compétence de la Société des hôpitaux dans la question de proposer à l'administration la double canalisation ou tout autre moyen préventif, la Société nomme une commission composée de MM. Ollivier, Chantemesse, Chauffard, Vaillard et Laillier pour rédiger un rapport dont les conclusions seront soumises au vote de la Société.

L'embarras gastrique et la fièvre typhoïde.

M. *Chantemesse* fait observer avec raison dans un article de la *Semaine médicale* que les cas de fièvre typhoïde avérée enregistrés par les statistiques ne sont pas l'expression complète de la vérité en ce qui concerne le rôle de l'eau de Seine. Le Bulletin de statistique ne comprend, dans la fièvre typhoïde, que les cas bien caractérisés ou ceux qui se sont terminés par la mort. Or, pendant les derniers mois, l'infection typhique a présenté des variations très grandes dans sa gravité. Dans son seul service de l'hôpital Tenon, M. Chantemesse a recueilli dix-huit observations d'embarras gastrique fébrile, qu'il n'hésite pas à rattacher à la fièvre typhoïde, conformément à l'opinion exprimée autrefois par M. Kiener et par M. Kelsch.

Ces dix-huit cas ont eu des symptômes et une évolution si facilement comparables, que l'on peut en donner un schéma assez fidèle.

La maladie commence assez brusquement par de la céphalalgie, une grande courbature, quelquefois des vertiges et toujours de l'insomnie. La céphalalgie est frontale ou occipitale, gravative, coupée d'élancements. La fatigue ressentie dans les membres, surtout aux mollets, oblige les malades à garder le lit. Le sommeil, quand il existe, est mauvais, traversé de rêves pénibles. Pendant le premier ou les deux premiers jours, la constipation existe et il n'y a pas d'épistaxis.

Si le malade entre à l'hôpital le deuxième ou le troisième jour de sa maladie, on remarque, outre

les signes précédents, l'état de la langue qui est sèche, légèrement collante au doigt, couverte d'enduit blanchâtre sur sa face supérieure tandis que les bords et la pointe sont rouge vif. La gorge est rouge, les dents un peu fuligineuses ; il n'y a pas de vomissements, mais la région épigastrique et surtout la fosse iliaque droite sont sensibles au toucher. Souvent, dans l'une ou l'autre fosse iliaque on perçoit du gargouillement ; le pouls est ample, régulier et marque environ quatre-vingts pulsations. Quelques râles sibilants dans la poitrine ; rien au cœur. L'urine est rare, foncée en couleur, rarement albumineuse. La température oscille entre 39° et 40°.

Trois éléments de diagnostic attirent surtout l'attention : le volume de la rate, qui est accru, ainsi qu'en témoigne la percussion ; la diarrhée assez fréquente qui tache le linge avec une teinte ocreuse ; la stupeur du malade, moins accusée que dans la dothiénentérie ordinaire, mais appréciable.

Les choses persistent ainsi pendant quelques jours et, vers le soir du sixième, il est rare que la température n'atteigne pas le chiffre de 40° ou n'en approche de très près. Les jours qui suivent, les symptômes et les signes persistent en s'amendant peu à peu, et le onzième ou douzième jour la température redescend au chiffre normal, à moins d'une rechute.

Pendant ces derniers jours, du huitième au douzième, quelquefois plus tard, après quarante-huit heures d'apyrexie, un nouveau signe se montre, les taches rosées lenticulaires. Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'importance diagnostique de ce phénomène que M. Chantemesse a vu très nettement trois fois sur ses dix-huit malades.

Dans les cas ordinaires, la terminaison se fait vers le onzième ou douzième jour, par le retour de la température à la normale, après les oscillations habituelles du matin et du soir. Les douleurs de l'abdomen et la diarrhée ont disparu ; la tête est libre et l'appétit très vif, ainsi que dans la convalescence de la dothiénentérie. La rate a repris son volume normal.

La convalescence se fait plus vite quand survient une perte sanguine, épistaxis ou retour des règles ; en quelques heures le malade peut être rendu à la santé. Un phénomène qui ne manque jamais, c'est la polyurie de la convalescence. Pendant deux, trois semaines, et même plus longtemps, les malades rendent 2 à 3 litres d'une urine pâle.

Les rechutes sont assez fréquentes. Quand l'apyrexie est venue, l'appétit très vif des malades leur fait quelquefois commettre des excès alimentaires qui aboutissent à un retour de la fièvre et des symptômes. La température peut s'élever, en deux jours, aux environs de 40°. Parfois, alors, apparaissent quelques taches rosées accompagnées de gonflement de la rate. Dans les cas favorables, cette recrudescence de la maladie s'apaise et la guérison devient définitive. M. Chantemesse a vu cependant un de ces embarras gastriques fébriles qui était guéri au bout de douze jours, reparaître sous forme d'une rechute, qui a été une fièvre typhoïde grave, compliquée d'hémorrhagies intestinales et de péritonite.

Ainsi, la fièvre, le cycle de la maladie, les troubles nerveux, le gonflement de la rate, la diarrhée ocreuse, les taches rosées lenticulaires, les rechutes qui peuvent aboutir à la fièvre typhoïde confirmée indiquent la parenté de cette infection avec l'infection typhoïde. Pour établir l'identité absolue des deux maladies, il aurait fallu trouver, dans la rate des malades atteints d'embarras gastrique fébrile, le bacille typhique. M. Chantemesse a fait chez cinq malades, qui ont tous guéri, une ponction de la rate avec un trocart capillaire et pur ; le sang s'est montré stérile.

Cette expérience négative ne permet pourtant pas de rejeter l'assimilation avec la fièvre typhoïde. Ces malades étaient atteints de fièvre typhoïde abortive et c'est pour cela précisément que l'infection microbienne n'était pas généralisée dans tous leurs organes. Il y avait cependant pénétration de bacilles dans l'économie, ainsi que paraissent en témoigner les taches rosées. L'amélioration brusque, après une perte sanguine, permet de croire qu'une partie des symptômes dépendait de l'intoxication du sang.

L'embarras gastrique fébrile, en séparant de lui les simples indigestions, ne serait qu'une infection typhoïde ne dépassant guère la cavité intestinale. Qu'un excès alimentaire ou tout autre viennent à changer les conditions chimiques du contenu intestinal, la barrière de la paroi intestinale peut être forcée et l'infection typhique se généraliser. L'antisepsie intestinale rigoureuse, suivant la méthode de M. Bouchard, produit au contraire les meilleurs résultats. Tous les malades, atteints d'embarras gastriques fébriles, observés par Chantemesse venaient d'arrondissements où l'on avait distribué de l'eau de rivière ; ils avouaient tous avoir bu de cette eau. Si les symptômes observés chez eux, le cycle thermique, la diarrhée ocreuse, le gonflement de la rate, les taches rosées, les rechutes suffisent pour légitimer le diagnostic d'infection typhique, on voit s'aggraver encore le rôle pathogénique de l'eau potable puisée dans la Seine.

Traitement de la pneumonie par la glace.

Parmi les traitements de la pneumonie que nous énumérions dans un précédent numéro ne figurait pas le suivant qui nous vient d'Angleterre.

M. *Lees* a fait à la « Société harvéienne » une communication sur le traitement de la pneumonie par la glace (application d'une vessie de glace sur le thorax au niveau du point où l'auscultation a révélé la présence de râles crépitants. L'étendue de la surface réfrigérée est sensiblement égale à l'étendue de la partie hépatisée).

Dans trois cas d'intensité moyenne, ce traitement a été rapidement suivi d'une disparition des phénomènes fébriles. La glace avait été appliquée le 5e, le 7e, le 4e jour. Dans deux cas, l'application de la glace a amené l'arrêt des phénomènes inflammatoires, mais ceux-ci ont réapparu dès qu'on a cessé le traitement.

La glace appliquée après une rechute a donné encore de bons résultats dans trois cas.

Il est arrivé deux fois que la température, qui s'était abaissée pendant les premiers jours du traitement, s'est à nouveau élevée : cela était dû à de nouvelles poussées du côté du poumon.

Chez quatre malades, les symptômes, sans disparaître complètement, se sont très sensiblement amendés.

Le traitement n'a échoué complètement que deux fois.

Il n'y a pas eu de morts parmi ces dix-huit cas et cependant plusieurs d'entre eux étaient très graves et ces malades seraient morts, pense M. Lees, sans le traitement par la glace.

Dans certains cas l'abaissement de la température a été brusque ; quelquefois il a été lent et graduel. Quand la température s'est abaissée de quelques degrés, il faut retirer la glace, quitte à la remettre si la fièvre redevient intense.

Les résultats ont été surtout favorables chez les enfants : cela est dû à ce que leur température varie plus rapidement et plus facilement que celui des adultes et peut-être aussi parce qu'avec la vessie de glace on recouvre une plus grande partie de leur poitrine.

Mais à côté de l'abaissement de la température, il y a un fait important à noter : c'est l'arrêt dans le développement des signes physiques et des signes généraux. On n'a noté la guérison immédiate que dans deux cas.

M. Lees n'a jamais vu de phénomènes graves succéder à l'application de la glace ; il peut arriver cependant que, chez les enfants chétifs ou trop jeunes, on note un refroidissement de tout le corps. Il faut donner alors du cognac et réchauffer immédiatement le malade.

M. Lees pense que ce mode de traitement peut être mis en usage chez tous les pneumoniques, sauf peut-être chez les personnes âgées ou chez les tout jeunes enfants.

M. *Goodhart* fait remarquer que, depuis dix-huit mois, il traite ses pneumoniques par la glace. Dans huit cas il a obtenu de très bons résultats ; la température s'est abaissée très vite ; le pouls est devenu moins rapide et la convalescence s'est rapidement établie. Dans sept cas, le résultat a été douteux ; dans trois cas l'application de la glace fut suivie de symptômes de collapsus qui disparurent dès que la vessie de glace fut enlevée.

MÉDECINE PRATIQUE

I.

L'Urologie et les Compagnies d'assurances.

Dans un récent numéro du *Concours médical* (9 novembre) nous avons reproduit un article qui avait paru dans la *Gazette médicale de Picardie* sous le titre : L'URINOLOGIE ET LES ASSURANCES SUR LA VIE et avec la signature du Dr Depié. Il nous a paru que cet article humoristique appelait quelques réflexions.

On se souvient que notre confrère se plaignait de l'exigence des compagnies qui demandent au médecin de faire toujours l'analyse des urines des personnes soumises à leur examen en vue de l'établissement d'un contrat d'assurance sur la vie, et qui, « en imposant au médecin cette nouvelle exigence, en l'obligeant à ce nouveau et peu agréable travail, ne lui allouent aucune nouvelle somme ».

Dans cette plainte il y a deux parties : la question médicale et la question pécuniaire. Sur cette dernière notre confrère a cent fois raison de dire que les certificats médicaux sont rétribués d'une façon absolument insuffisante par les compagnies, et il est on ne peut plus désirable que les médecins s'entendent pour obtenir de celles-ci des conditions meilleures ; ils y réussiraient, je pense, s'ils refusaient unanimement leurs services, et si les compagnies n'étaient pas, comme l'a dit notre confrère, « certaines de trouver, hélas ! dans nos rangs, quelques-uns poussés par la jalousie ou le besoin pour les accepter ».

Il faudrait faire comprendre aux représentants des compagnies que la question des rapports entre les médecins et elles se pose de la façon suivante : ou l'examen médical auquel elles obligent tout candidat à l'assurance n'a qu'une importance relative, et alors le peu d'argent qu'elles allouent aux médecins est encore trop, puisqu'il diminue d'autant leurs bénéfices, — ou vraiment cet examen est indispensable à l'appréciation exacte des risques que court la compagnie en signant un contrat, mais alors cet examen ne peut atteindre le but qu'à la condition d'être absolument complet, minutieux et éclairé.

Or on ne peut obtenir, c'est une loi du commerce, une bonne marchandise qu'en la payant le prix qu'elle vaut. Sinon, on n'a qu'une denrée de pacotille. Pour en revenir à notre sujet actuel, un examen médical sans analyse d'urine, — j'ajoute, faite dans certaines conditions. — c'est un examen de pacotille dans l'état présent de nos connaissances en pathologie.

Je dis que l'analyse des urines est indispensable et qu'elle n'est valable que si elle est faite dans certaines conditions.

Dans le beau livre de M. Brouardel sur le *Secret médical* se trouve relatée une anecdote bien topique à ce point de vue et qui a été reproduite dans l'excellent *Traité complet de l'examen médical dans les assurances sur la vie* publié en 1887 chez l'éditeur L. Warnier, sous le voile de l'anonyme, par un des plus éminents médecins des compagnies d'assurance. Cet auteur si compétent s'exprime ainsi :

« A propos de l'analyse des urines, nous ferons remarquer que leur émission s'effectue plus commodément au domicile du proposant. C'est un point essentiel, car le médecin ne doit jamais se fier au liquide qui lui aurait été apporté. » — Ici se place l'anecdote racontée par M. Brouardel : « Le devoir du médecin est de déjouer les ruses des clients, qui cachent leurs tares, et d'être assez sage pour dépister toute dissimulation. Une tentative de cet ordre est restée célèbre parmi les médecins des compagnies d'assurances. Un postulant se présente devant le docteur Siredey, médecin de l'une d'elles ; il a une belle prestance, rien ne révèle une infirmité. Notre collègue demande à ce Monsieur, appartenant au meilleur monde, de lui donner de ses urines. Celui-ci témoigne son regret, il a uriné avant de monter. M. Siredey lui donne un rendez-vous, le Monsieur apporte dans un flacon des urines froides, parfaites. — Pardon, répond le médecin, je ne les analyse que chaudes. Nouvelles excuses du postulant, pris de nouveau à l'improviste. — Eh bien, réplique Siredey, nous allons causer jusqu'à ce que cette envie survienne. Lassé, le postulant s'exécute : il était diabétique. »

J'ai cité cette petite histoire pour répondre à notre confrère qui tourne en ridicule l'exigence de la Compagnie quant à l'analyse des urines. Je ne puis, pour ma part, qu'approuver, médicalement parlant, cette exigence ; mais quant au refus de la Compagnie de payer cette analyse ce qu'elle vaut, c'est-à-dire 10 francs, il est de sa part aussi injuste qu'imprudent.

C'est dans ce sens que j'ai présenté les choses dans une série de conférences qu'on m'avait prié de faire l'an dernier à l'Institut des Assurances fondé dans une des sections parisiennes de l'Association philotechnique par M. E. Lechartier, auteur du Dictionnaire pratique des Assurances. J'avais pour auditeurs des représentants de Compagnies et j'ai profité de la circonstance pour bien faire ressortir l'intérêt capital qu'ont celles-ci à rétribuer largement leurs médecins experts, si elles veulent être bien servies par eux. Je résumerai quelque jour pour nos lecteurs les points principaux que j'ai traités à cette occasion.

II

Les albuminuries. Signification clinique et traitement.

J'ai reçu d'un aimable confrère une lettre qui me demande, au nom de quelques-uns de ses amis, de résumer l'état actuel de la science en ce qui concerne l'albuminurie, surtout au point de vue pratique. Je vais m'efforcer de répondre à ce désir.

Je commencerai par insister sur la nécessité de bien se rendre compte de la valeur séméiologique de l'albuminurie.

L'habitude prise par beaucoup de médecins de prendre ce terme presque comme synonyme de néphrite n'est pas plus acceptable dans l'état présent de nos connaissances que celle d'appeler diabète la glycosurie ; il ne s'agit pas seulement d'abus de langage, d'erreur nosologique ; car il est aisé de se convaincre, en conversant avec bon nombre de praticiens, en contrôlant leur thérapeutique, que la confusion dans les mots correspond souvent à une appréciation erronée de la valeur séméiologique de ces deux symptômes, présence de sucre, présence d'albumine dans l'urine d'une personne.

Je laisse de côté l'albuminurie passagère si fréquente dans les maladies aiguës fébriles et dans bon nombre d'infections générales, qui échappe bien souvent à l'examen du praticien parce que l'analyse des urines n'est pas faite par lui systématiquement tous les jours dans ces maladies-là. Si elles ont quelquefois de l'importance au point de vue du diagnostic et du pronostic, ce n'est pas elles qui prêtent à confusion avec l'albuminurie des néphrites et du mal de Bright.

Mais il arrive assez souvent qu'on trouve de l'albumine dans l'urine d'individus apyrétiques qui vous consultent pour des troubles dyspeptiques ou pour des accidents nerveux très variés, qui ne sont pas ceux des néphrites. La description de leurs malaises ne correspond pas au tableau clinique des altérations rénales et on ne soupçonnerait guère a priori l'albuminurie chez eux ; on la cherche, on la trouve. Va-t-on dire aussitôt à ces individus qu'ils sont atteints de mal de Bright ou de néphrite, et les soumettre immédiatement à la thérapeutique banale et erronée dont tant de malades sont victimes ?

Trop souvent il arrive en pareil cas que, sur la seule constatation de la réaction albumineuse dans l'urine, le médecin dit à son malade : « Vous êtes albuminurique, vous avez une maladie des reins, vous n'avez qu'une manière de vous guérir, ne buvez que du lait et buvez-en tant que vous pourrez ! » C'est-à-dire presque autant d'erreurs que de phrases, dans les cas auxquels je fais allusion.

Car, si un examen attentif est fait de ces malades, on constate chez eux soit un gros foie, soit une dilatation de l'estomac, soit un trouble général de la nutrition attesté par les anomalies d'autres produits d'excrétion (azoturie, peptonurie, excès d'acide urique, excès et fétidité des sueurs, fétidité de l'haleine, etc.).

Chez des sujets appartenant à ces diverses catégories, l'albuminurie résulte d'une élaboration imparfaite des matières albuminoïdes, du mauvais fonctionnement des organes qui président à cette élaboration (tube digestif, foie) ou des cellules de tout l'organisme. Le rein n'est pour rien dans l'excrétion de cette albumine.

Peut-être à la longue pourrait-il en souffrir, si on accepte les opinions de Semmola, sur lesquelles nous reviendrons plus tard, mais cela n'est point démontré, et en tout cas dans les cas dont nous parlons, le rein n'est pas malade ; car on ne trouve pas chez ces malades les autres symptômes des néphrites ; l'examen microscopique notamment ne décèle à aucun moment dans leurs urines ni hématies, ni cylindres rénaux, ni cellules épithéliales des canalicules urinifères.

A ces malades un traitement convenable s'adressant à la dilatation de l'estomac, à la congestion et à l'hypertrophie du foie, stimulant la nutrition générale, activant les fonctions du système nerveux, peut rendre assez rapidement la santé, tandis que la débauche de lait à laquelle ils se livrent souvent, sur l'exhortation intempestive de leur médecin, n'aboutit qu'à augmenter la dilatation de l'estomac, l'hypertrophie du foie, à encombrer l'organisme de substance azotée et sans modifier sensiblement l'albuminurie.

Ainsi il est une catégorie d'albuminuries qui ne sont pas imputables aux néphrites, qui ne sont pas symptomatiques du mal de Bright, mais bien d'un état morbide de l'estomac, du foie, du système nerveux ou de la nutrition générale.

C'est dans l'abondance, dans les caractères physico-chimiques du précipité albumineux, dans sa constance et au besoin dans l'examen micrographique de l'urine qu'il faut chercher les bases de cette distinction.

(*A suivre*). P. Le Gendre.

HYGIÈNE

De l'aération continue par la fenêtre entr'ouverte.

C'est une grosse question que vient de soulever M. *Nicaise* à l'Académie, et, en le faisant, il rend un grand service au public. Nous sommes à peu près tous d'accord, nous médecins, que l'hygiène de nos malades est très défectueuse au point de vue de l'air ; mais nous rencontrons souvent tant de résistance et de scepticisme de la part des malades et de leur entourage, quand nous réclamons avec insistance plus d'air, plus d'oxygène dans les appartements, que nous nous lassons le plus souvent. La communication de M. Nicaise pourrait être l'occasion fructueuse d'une *agitation* dans ce sens, pour employer un mot à la mode. Voyons d'abord ce que dit l'éminent chirurgien.

« La nécessité pour le malade de respirer un air pur, ne peut être l'objet d'une discussion ; on a pensé, il y a plusieurs années, qu'en augmentant le cube de l'espace clos dans lequel respire le ma-

lade, on arriverait au résultat cherché, mais on a reconnu que ce procédé était insuffisant ; l'air reste toujours vicié. Tout en donnant aux chambres un cube convenable et assez considérable, il faut rechercher dans le renouvellement de l'air la solution du problème et surtout dans le renouvellement continu.

Actuellement nos habitations ne sont pas construites selon ces données ; nous sommes alors obligés d'établir l'aération continue par des artifices surajoutés (vasistas, vitres mobiles, lamelles imbriquées, verres perforés, toile), enfin, par l'ouverture de la fenêtre.

C'est de ce dernier procédé seul dont je veux m'occuper, en ce qui concerne l'aération de la chambre à coucher pendant la nuit.

L'expérience a été faite à Nice, du 22 décembre 1888 au 6 avril 1889.

Pendant la nuit, les persiennes de la chambre étaient fermées et la fenêtre entr'ouverte de 30 à 40 centimètres. Pas de feu dans la chambre. La température minimum de l'extérieur a oscillé entre — 2° et + 9°, et la température minima de la chambre entre + 9° 1/2 et + 15°. Mes relevés de température prouvent que dans les conditions où a été faite l'expérience, on peut, sans aucun danger, laisser la fenêtre entr'ouverte pendant les mois de décembre, janvier et mars, sur le littoral de la Méditerranée, du moins.

On peut étendre cette conclusion à d'autres climats, à condition que la température de la chambre ne descendra pas au dessous de +8° ou + 10°. Alors il faudrait chauffer. D'ailleurs, ce que l'on cherche, c'est le renouvellement de l'air et non pas de faire respirer de l'air froid.

Ainsi, dans mes expériences, la température de la chambre ne descend pas au-dessous de 10°. Ce fait trouve son explication dans les conditions suivantes :

Pendant la journée, la chambre, largement ouverte, est chauffée par le soleil et par la chaleur rayonnante qui vient du dehors ; chaque objet garde plus ou moins de chaleur, selon son pouvoir absorbant, il émet alors dans la chambre de la chaleur rayonnante, dans une proportion égale à ce pouvoir. Le milieu aérien se trouve alors échauffé par l'ensemble de tous ces rayons calorifiques ; mais la température propre est moindre que celle de la plupart des objets qui l'environnent.

L'air a un grand pouvoir diathermane, c'est-à-dire qu'il se laisse traverser par les rayons calorifiques sans en garder beaucoup, de sorte que la température, indiquée par un thermomètre placé au milieu de l'air, est le résultat de l'effet des rayons calorifiques qui le traversent et de sa température propre. Mais il faut ajouter que l'air a toujours un certain degré d'humidité ; il en résulte alors que son pouvoir absorbant est augmenté.

D'un autre côté, l'air ayant un grand pouvoir diathermane, a une conductibilité très faible, c'est-à-dire qu'il transmet très peu de chaleur de proche en proche.

A ces sources de chaleur existant dans la chambre, il faut peut-être ajouter la présence du corps humain dans le lit, car le corps fournit deux sources de chaleur, par son rayonnement propre et par la température de l'air expiré qui est presque saturé de vapeur d'eau.

Que se passe-t-il maintenant lorsque la fenêtre est ouverte pendant la nuit ?

Ce qui se produit varie beaucoup selon que les persiennes sont ouvertes ou fermées.

Si les persiennes sont ouvertes, ainsi que la fenêtre, la chambre rayonne vers le ciel et son abaissement de température est rapide et considérable ; si les persiennes sont fermées, la fenêtre étant ouverte, le rayonnement vers le ciel est supprimé, il n'y a plus que celui qui se fait entre les masses solides, l'abaissement de température de la chambre est alors très lent. Il est donc très important de fermer les persiennes, sauf pendant la saison chaude.

Il en résulte qu'avec les persiennes et la fenêtre on peut facilement régler le degré de refroidissement de la chambre.

Que devient dans tout cela le renouvellement de l'air de la chambre, car c'est là le point capital ?

Ce renouvellement se fait par les conduits venus du dehors de la chambre qui entraînent l'air et par la dilatation de l'air qui l'oblige à chercher un autre espace.

On conçoit que le renouvellement se fera lentement, en dehors de tout courant ; mais il s'en établit toujours entre la fenêtre ouverte, la cheminée et les fissures des portes qui s'ouvrent dans la chambre.

Une chambre à coucher, aérée ainsi, ne présente le matin aucune odeur ; l'air en est frais et agréable, ce qui est bien différent de ce que l'on observe dans une chambre qui a été fermée toute la nuit.

En ouvrant plus ou moins la fenêtre, en ayant des persiennes à lames mobiles, que l'on peut incliner et ouvrir plus ou moins, on graduera presque à volonté la rapidité du renouvellement de l'air ; la fenêtre entr'ouverte et les persiennes constituent un bon mode d'aération.

Si la chambre se refroidit trop (au-dessous de 10°), si l'on est dans un climat plus froid, il sera nécessaire de chauffer la pièce et alors il sera préférable, croyons-nous, d'employer un appareil indépendant de toute ventilation, avec apport d'air chaud.

Il y a longtemps que cette question de l'aération et du chauffage des appartements a préoccupé les médecins. En 1752, un médecin perspicace publiait un livre sur les maladies occasionnées par les promptes et fréquentes variations de l'air, dans lequel se trouve un chapitre curieux sur le renouvellement de l'air dans les chambres des malades. Frappé de la difficulté de ce renouvellemen, Raulin conseille de tendre au milieu de la chambre une sorte de voile que l'on agite par moments, les fenêtres étant ouvertes.

Le même auteur a publié, en 1782, un traité de la phthisie pulmonaire, qui a eu rapidement deux éditions et a été traduit en allemand. C'est un livre remarquable, peu connu aujourd'hui. Il y est dit que la contagion est la cause de la phthisie, surtout à sa troisième période ; il donne des indications précises pour désinfecter les chambres des phthisiques et les objets à leur usage : on démeuble la chambre, on en gratte les murs et les cloisons, on les crépit à neuf ; on lave les pavés et les parquets, etc.

Il parle des vapeurs médicamenteuses et des pulvérisations antiseptiques pour déterger les ulcères du poumon, pour neutraliser l'air infecté des salles des hôpitaux, etc., et de la nécessité des

antiseptiques internes, il redoute le lait. En un mot, on retrouve dans ce livre, écrit il y a bientôt 110 ans, les expressions et les idées qui font la base des discussions d'aujourd'hui sur ce sujet. L'ouverture de la fenêtre pendant la nuit exige certaines précautions très simples, qui ont été d'ailleurs bien exposées par M. le Dr Pouzet, de Cannes.

Quant à la très grande utilité du renouvellement de l'air dans la chambre des malades chroniques, et spécialement des phthisiques, voire même dans la chambre des personnes bien portantes, cette utilité est trop évidente pour que j'y insiste. »

Dans ses leçons sur la Thérapeutique des maladies infectieuses, faites il y a 2 ans, M. *Bouchard* avait déjà insisté sur la nécessité d'aérer et de ventiler d'une façon continue les chambres des phthisiques. Il disait :

« Ce qu'il faut par-dessus tout, c'est la vie au grand air, qui active les fonctions digestives et augmente l'appétit. Quand je dis que le phthisique doit vivre au grand air, c'est au pied de la lettre ; l'aération doit être absolue pour lui, la nuit comme le jour. Il ne s'agit pas seulement dans le jour de se promener sur le trottoir ou de mettre le nez à la fenêtre. Mais, si on veut vivre au grand air, il faut choisir, pour l'hiver, un climat dont les intempéries n'imposent pas trop souvent le séjour à la maison.

Les fenêtres doivent être laissées ouvertes même la nuit, même l'hiver. Naturellement certaines précautions sont indispensables. Si le traitement est commencé pendant l'été, l'accoutumance sera plus facile à obtenir ; en tout cas on commencera par laisser les persiennes closes, la fenêtre sera seulement entr'ouverte, plus ou moins selon le degré de la température extérieure ; on pourra même, dans les premiers temps, tenir les rideaux fermés. C'est le moyen de dissiper les craintes plutôt que de conjurer les accidents. Pendant l'hiver, on obtient plus facilement la soumission des malades en faisant ouvrir les fenêtres d'une chambre contiguë, dont les portes de communication avec la chambre du malade seront largement ouvertes. Ce qu'il faut obtenir, c'est l'aération réelle et constante. Je ne crains pas un froid modéré pour les phthisiques ; je ne veux pourtant pas que la température de la chambre s'abaisse au-dessous de + 8° ; on y arrivera en maintenant, pendant l'hiver, du feu dans la chambre ou dans une chambre voisine. Mais si je ne crains pas le froid, je redoute le refroidissement. Le malade y échappera en se tenant suffisamment couvert. Les couvertures ou l'édredon ne suffisent pas, car souvent les malades s'en débarrassent, plus ou moins complètement pendant le sommeil. Ils doivent être *vêtus dans leur lit,* ils doivent être protégés contre le froid par des vêtements adhérents au corps qu'ils ne peuvent pas dépouiller involontairement. La tête doit être couverte, au moins pendant l'hiver.

Cette méthode a de la peine à s'acclimater chez nous, malgré la pratique de Bennett et les enseignements de Brown-Séquard. Ceux qui se montrent le moins récalcitrants sont les malades ; ceux qu'on a le plus de peine à convaincre sont les médecins d'abord, les familles ensuite. Et cependant cette pratique est en honneur partout où l'on guérit les phthisiques, à Falkenstein comme à Görbersdorff, même à Davos, malgré l'altitude et malgré les froids de l'hiver.

On a poussé à l'exagération en disant que les phthisiques doivent passer la nuit hors des maisons, vivre sous la tente. A dire vrai ils ont vécu sous la tente et ils ont guéri ; ils ont vécu en pleine mer, sur le pont d'un navire et ils ont guéri. Pourtant je crains pour ces malades un froid excessif et surtout la pluie, le brouillard, l'humidité, le grand vent, la poussière. Ce qu'il faut choisir, c'est un climat à ciel pur. Si on recommande nos plages du Midi, ce n'est pas parce qu'il y fait chaud, il y fait très souvent froid ; c'est à cause de la pureté du ciel, de l'intensité de la lumière, de la sécheresse de l'air. Il n'y a pas de chaleur, mais il n'y a pas de brouillard ; là il est possible presque chaque jour de vivre au grand air. »

C'est dans le même sens que plaide aujourd'hui M. Nicaise, et il a bien raison. Tâchons de répandre autour de nous cette saine manière de faire.

P. L. G.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins légistes et la réforme du code d'instruction criminelle.

Parmi les réformes qu'avait entreprises et que n'a pu mener à bien la dernière législature, il en est une qui ne peut manquer d'être reprise par la chambre nouvelle et qui, cette fois, arrivera à solution : c'est la réforme du Code d'Instruction criminelle.

Cette réforme nous intéresse, nous médecins, au plus haut point, et c'est peut-être grâce à elle que nous obtiendrons nos premiers succès dans notre œuvre de révision législative.

Le médecin est en effet l'auxiliaire le plus indispensable de l'instruction criminelle, c'est à lui qu'elle fait le plus souvent appel. L'expert en écritures, l'armurier-expert, le chimiste-expert ont sans doute des occasions fréquentes d'éclairer la Justice ; mais leur intervention n'est rien en comparaison de celle du médecin-expert.

Médecin-expert ! C'est là seule expression qui convienne en pareil cas, et pourtant nous n'avons jamais pu jusqu'à présent en faire le titre officiel du médecin consulté par la Justice ! — Tous sont experts hormis le médecin.

Cette anomalie va cesser et le bon sens comme la logique reprendront le dessus, si, de notre côté, nous savons pousser à l'accomplissement de la réforme.

Le rôle du médecin légiste est des plus compliqués, et, chaque jour, les progrès des sciences biologiques rendent ce rôle plus difficile : il ne suffit pas de savoir pratiquer une autopsie et dénoncer les organes divers qu'a pu traverser la balle ou le couteau de l'assassin. Le médecin doit répondre à des questions de toute nature et tour à tour il devra se faire anatomiste, histologiste, physiologiste, toxicologiste, etc. Toutes les branches des sciences médicales devront lui être familières, et il ne devra pas mettre à contribution moins souvent que les autres les sciences qu'à l'école nous appelions accessoires.

N'a-t-on pas vu que la faune des tombeaux constituait un élément des plus importants

lorsqu'il s'agissait de déterminer l'époque de la mort ?

Nous devons en convenir, nous sommes, pour la plupart, mal préparés à ce rôle de savant universel, et, obligés de discourir *de omni re scibili*, il peut nous arriver parfois de commettre d'énormes bévues. Il faut voir alors la façon cavalière dont messieurs les avocats nous traitent, la pitié dédaigneuse que nous montrent Messieurs les Juges qui, eux, sont infaillibles...... par définition !

Mais ce n'est pas tout : la crainte des erreurs judiciaires veut entourer l'instruction criminelle de garanties multiples. Cette instruction ne doit plus être secrète, l'accusé pourra se faire assister de son défenseur ; l'expert unique est mis en suspicion, il y aura plusieurs experts.

En théorie, rien de mieux ; mais prenons garde que la pratique n'amène des difficultés dont nous soyons les premières victimes.

Les experts seront multiples ; — qui les désignera ? Opéreront-ils séparément ou en commun, simultanément ou successivement ?

Ce sont là des questions capitales.

Voit-on un médecin désigné par l'accusation et un autre par la défense, amenés par la force des choses à s'identifier avec les parties qu'ils représenteraient ? Voit-on les avocats drapant le médecin du ministère public et le procureur général s'excrimant contre le médecin de la défense ? — La dignité de la justice n'y gagnerait rien, et, si le public pouvait passer de doux moments de gaieté, les malheureux médecins sans défense passeraient, eux, de vilains quarts d'heure !

Mais un Président de cour d'assises pourrait mettre bon ordre à ce dévergondage de paroles, et cette raison pourrait paraître insuffisante. L'accusation et la défense, choisissant leurs experts, seront-elles absolument libres de leur choix ? — En théorie nul doute à ce sujet, mais en pratique ? Voit-on les scandales qui pourraient encore résulter de ce chef ? Il faut que le corps médical élève la voix, il faut qu'il exprime son opinion en la matière, car son opinion ne peut s'inspirer que de sa dignité propre, comme de l'intérêt supérieur de la société qui doit recourir à lui.

Le corps médical doit déclarer sans fausse honte qu'en l'état actuel nombre de ses membres, ne sont pas suffisamment préparés au rôle de médecin-expert, il doit réclamer une organisation nouvelle en rapport avec les nécessités nouvelles et appuyer, avec l'éminent doyen de la Faculté de Paris, M. Brouardel, la création d'un brevet spécial d'expert en justice.

La compétence des nouveaux experts étant ainsi assurée, il réclamera l'expertise en commun et protestera de toutes ses forces contre la qualification possible de médecin de l'accusation et de médecin de la défense. L'expert est indépendant comme le juge d'instruction, il ne peut être l'homme d'aucune des deux parties, il ne relève que de sa conscience et de ce qu'il croit être la vérité. La multiplicité des hommes chargés de l'expertise médicale constituera une garantie de plus contre l'erreur, la désignation de ces hommes par le ministère public et par la défense (sur la liste des médecins brevetés) constituera une garantie de plus contre la partialité, mais l'expertise sera une, comme sa conclusion devra rester une.

Et l'expertise, mise ainsi à l'abri de toutes les faiblesses humaines, au-dessus des contestations des parties, grandira le rôle de ceux qui en seront chargés.

Le médecin légiste ne pourra plus être considéré comme un simple témoin, il sera expert dans toute la force du terme, et force sera bien de se comporter avec lui comme on se comporte avec les experts.

Les vacations d'expertise, comme les déplacements, lui devront être convenablement rétribués. Tout le monde actuellement condamne les tarifs de l'an XI, ils ne subsistent que par la force de l'inertie et de l'habitude ; puisque tout autour d'eux sera changé, ils seront fatalement entraînés dans le mouvement de réforme.

Là est la solution, c'est là qu'il faut la poursuivre.

Réclamer le relèvement des honoraires sans réclamer le changement d'attributions, c'est nous condamner au plus piteux échec ; poursuivre la réforme des attributions du médecin légiste en dehors de la réforme de l'instruction criminelle, c'est crier vainement dans le désert.

Faisons-nous donc les champions de la réforme de l'instruction criminelle, et accessoirement introduisons les réformes professionnelles que nous réclamons vainement depuis un demi-siècle.

Dr A. Gassot.

SUPPLÉMENT AU COMPTE RENDU DE L'UNION DES SYNDICATS DU 20 OCTOBRE 1889.

Notre honorable confrère, le Dr Maréchal, de Brest, n'ayant pu, par suite du manque de temps, aborder en séance la question des *remplacements temporaires par confrères voisins*, nous avons pensé être agréable aux lecteurs du *Concours* en donnant ci-dessous l'intéressant travail que M. le Dr Maréchal avait eu l'intention de leur soumettre. C'est une étude très bien faite, dont les conclusions ne seront pas universellement admises, peut-être, mais qui, nous l'espérons, sera le point de départ de communications ultérieures de quelques-uns de nos lecteurs.

Des remplacements temporaires par confrères voisins.

Messieurs,

Les questions de déontologie qui, dans la pratique de chaque jour, s'imposent à nos réflexions, n'ont pas de meilleures chances d'arriver à une solution que celles offertes par une réunion comme celle-ci.

Aussi pensai-je à vous soumettre une de celles qui surgissent à chaque instant devant nous, grâce aux habitudes de déplacement devenues à notre époque si impérieuses, de celles aussi au sujet desquelles les opinions varient le plus, et cependant où il serait profitable à tous qu'une conduite uniforme soit recommandée par une imposante majorité à l'égal d'une sage tradition.

Comme tous les travailleurs, les médecins ont besoin de s'accorder, chaque année, au moins, une certaine détente physique et morale, et, plus que tous les autres peut-être, de s'isoler absolument de leurs occupations plus ou moins obsédantes et de leur milieu habituel ; mais pour que ce repos soit complet et réellement profitable, ré-

parateur, il faudrait qu'il puisse être pris sans arrière-pensée, sans souci du lendemain, qu'enfin, si le *congé* annuel est jusqu'à un certain point onéreux, il puisse l'être avec quelques chances de compensation.

C'est donc du *remplacement* TEMPORAIRE des médecins praticiens que nous voulons parler ici, du *remplacement de* VOISINAGE surtout, c'est-à-dire des soins quotidiens qu'un médecin est appelé à rendre à des clients qui ne sont pas siens, et qui notoirement s'adressent d'habitude à un confrère *momentanément* absent.

Trois intérêts se trouvent en présence dans cette question, et il importe de les peser tous trois pour ne pas négliger, en cherchant la solution de ce petit problème de pratique, des mobiles dont l'oubli nuirait sûrement à l'adoption finale d'un plan de conduite approuvé de tous.

Plusieurs points sont à établir tout d'abord :

1° *Le client*, juge dont l'opinion doit entrer en ligne de compte plus que ne veulent l'admettre bien des médecins qui affectent à tort d'en faire bon marché, le *client*, dis-je, exagère, *sans doute par courtoisie* (?) la peine qu'il éprouve de l'éloignement momentané de son médecin ordinaire. Ses regrets, en général, se limitent à des cas exceptionnels que chacun de nous se figure bien ; la vérité est qu'il n'est pas fâché (surtout s'il est laissé libre dans le choix de son médecin temporaire, de prendre *au prix ordinaire* une sorte de consultation, de voir un visage nouveau et de goûter à une thérapeutique autre que l'habituelle.

Seulement il est incontestable que cette nouveauté a parfois chance de lui plaire et qu'il y peut trouver en germe quelque velléité d'une infidélité irrémédiable à son médecin. Qu'y faire ? — Disons-nous, pour nous aider à prendre philosophiquement notre parti, que tôt ou tard ce client volage nous aurait échappé, et que ce divorce, dont nous avons gracieusement fourni l'occasion, nous a sans doute, évité une rupture d'autant plus éclatante qu'elle aurait été mieux dissimulée et plus retardée.

Il n'y a, selon nous, qu'avantage à laisser ainsi de temps en temps s'émonder spontanément et sous un prétexte courtois plus ou moins plausible une clientèle dont certains membres subissent impatiemment le joug de l'habitude, parfois même de la reconnaissance, si ce mot n'était pas un peu bien puéril dans une froide discussion d'intérêt.

Quant aux rapports avec le client, dans ce cas deux opinions sont en présence :

a) Le médecin partant doit-il désigner éventuellement un remplaçant, et passer en quelque sorte la suite de ses affaires à un confrère désigné spécialement ?

b) Doit-il, au contraire, s'éloigner silencieusement ?

N'omettons pas ici de tenir compte de l'amour de la contradiction en vertu duquel, neuf fois sur dix, le client ira s'adresser partout ailleurs qu'au confrère vers lequel nous l'aurons judicieusement dirigé.

Une hystérique, un cardialgique voudront un chirurgien. C'est vers un spécialiste de maladies nerveuses que courront les calculeux et les cataractés !

2° *Dans les rapports des médecins entre eux*, distinguons le remplaçant et le remplacé. Il est un principe, — c'est le moment d'en parler — qui, suivant nous, doit s'imposer aussi bien à l'esprit du client qu'à celui des deux médecins qui se succèdent auprès de lui, et qui domine la question du remplacement :

Toute peine méritant salaire, le client reste tenu intégralement envers tout médecin qui se rend à son appel, *quel que soit ce médecin, et la rémunération du service rendu appartient à celui qui l'a dispensé, à charge par lui d'en coter la valeur et d'en poursuivre le recouvrement.*

En vain arguera-t-on que la bonne confraternité nous fait un devoir de nous secourir les uns les autres et de rendre à nos confrères les services gratuits que nous avons reçus nous-mêmes, d'où la tradition fort en honneur, dans certains groupes médicaux, en vertu de laquelle est imposé gratuitement le remplacement du médecin empêché de répondre à l'appel immédiat de son client.

Messieurs, il importe de ne pas s'égarer dans la sentimentalité en un point vraiment fondamental pour la question qui nous occupe.

Chacun de nous saura très bien discerner les cas *rares* où la bonne confraternité autant que la philanthropie naturelle, à laquelle aucun médecin n'est étranger, lui feront un devoir de suppléer sans mot dire un confrère dans l'embarras ; et de même chacun reste — cela va de soi — juge de la gratitude qu'il doit à des services rendus extraordinairement.

Nous n'entendons parler ici que de la pratique courante. En principe, où s'arrêtera, je vous prie, la concession que chacun de nous sera exposé à se voir réclamer à titre de remplaçant ? Et *quelle* compensation pourra jamais trouver un médecin laborieux, mais casanier, peu enclin aux déplacements, à côté d'un confrère mal occupé d'ordinaire, mais d'humeur voyageuse ?

Avec la tradition du remplacement gratuit, ce dernier grossirait incessamment une dette dont il ne pourrait jamais s'acquitter ; son confrère jouerait un rôle de dupe. En restant dans le vague de certaines traditions soi-disant fort courtoises, on tombe dans cette situation nuageuse où le médecin qui demeure succombe parfois à la peine alors que son confrère se délecte au loin, restant dans l'ignorance absolue du service rendu. Et cette ignorance forcée aura cette fâcheuse conséquence de ne jamais permettre une équitable compensation du service rendu, *quand bien même* cette compensation serait désirée par le médecin remplacé, d'où inquiétude réciproque et bien légitime des deux confrères, gêne persistante dans la liberté que l'*un* croit devoir s'accorder en s'éloignant de chez lui, gêne aussi pour l'*autre* dans la liberté qu'il a l'habitude de s'octroyer à ses risques et périls, vis-à-vis de ses clients ordinaires, d'où mécontentement presque certain chez le médecin remplaçant ; celui-ci, *précisément* parce qu'il accepte le rôle d'un confrère, aura sans doute à cœur de se montrer dans cette clientèle nouvelle *plus attentif* encore que dans la *sienne propre*, connue de longue date, il y rencontrera plus de difficultés, y dépensera plus de temps.

Qui donc mieux que lui pourrait apprécier les variantes infinies de la pratique ?

Les soins médicaux ont un caractère éminemment personnel ; ils ne se toisent pas, ni ne se pèsent, quoi qu'en puissent penser le public, et même... les magistrats !

D'où il résulte pour nous :

1° Que pendant l'absence d'un praticien, son

remplacement dans la clientèle doit être *complet*, que le remplaçant doit se substituer **en tout et pour tout** à son confrère vis-à-vis du client laissé libre de son choix, tenir compte exact de son intervention, comme il le ferait dans sa *propre clientèle*, et poursuivre la rémunération de ses services dans des conditions analogues.

2° *Que le remplacé*, du jour de son départ jusqu'à celui où, reprenant ses occupations, il décharge son confrère de son intérim, reste *absolument en dehors* de toutes les relations qui ont pu s'établir entre ses clients ordinaires et ses autres confrères.

Mais, dira-t-on, le public trouverait là une véritable incitation à changer ses médecins ordinaires et à obéir à ses penchants volages au plus grand détriment du médecin qui s'absente, tandis que ce dernier en présentant son remplaçant garderait en quelque sorte son client lié à lui par ce surcroît de sollicitude.

L'objection n'est que spécieuse, il faudrait en effet une forte réserve de naïveté pour conserver quelque illusion sur le scrupule que le public serait *censé* se faire de sa constance envers le médecin ; puisqu'il paie (quand il paie !), il prétend toujours rester son maître et bien souvent une sourde irritation contre son médecin ordinaire naîtrait du maintien en charte privée que celui-ci tenterait d'exercer.

D'autre part, qui ne voit l'injustice qu'il y aurait à vouloir qu'au retour le médecin remplacé se contentât d'une simple liste des visites faites à ses propres malades, ou des consultations données par son confrère avec l'intention de les taxer d'après ses propres habitudes. Toute ingérence de sa part dans le règlement de ces affaires hors de sa compétence nous semble abusive ; tout au plus, selon nous, pourrait-il user de son influence pour faire rentrer les sommes dues à son remplaçant et *fixées par ce dernier*.

En effet, qui le renseignerait sur le nombre, l'importance, la durée, l'*heure*, et les conditions enfin dans lesquelles ces soins auront été dispensés ?

Qui lui dira la façon dont son remplaçant aura été accueilli, les exigences parfois indélicates, (précisément parce qu'il n'était qu'un conseiller éventuel) qu'on se sera permises à son égard, les trésors de patience et parfois de talent, de sollicitude en tous genres qu'il aura dépensés pour amener le malade au point où il le rend à son confrère !

Comment celui-ci pourrait-il utilement intervenir dans les contestations qui s'élèvent parfois entre clients et médecins au point de vue du nombre utile des visites, souvent réclamées à tort, mais trop tôt oubliées, de la nature et du temps exigé par les soins dont seuls ils connaissent les détails ?

Comment éviter que le public, grâce à la confusion que crée toujours entre confrères un remplacement à titre gracieux, réussisse à esquiver la rémunération due ? D'où des pertes souvent assez lourdes au préjudice de ses conseils médicaux.

Inutile d'insister.

Chacun de nous compte par *séries* les cas où il n'a gagné à ce surcroît de clientèle qu'une plus profonde connaissance du cœur humain, quelques rhumatismes, et la satisfaction certaine de s'être créé des titres à un service analogue de la part de son confrère.

C'est bien là, Messieurs, dans la somme plus grande de liberté, dans la confiance de pouvoir s'octroyer un délassement régulier, complet et certain, que nous devons trouver la compensation de nos efforts pour créer une tradition qui satisfasse à l'intérêt général bien entendu de notre profession et assure la correction de ses rapports avec la clientèle.

Dr Maréchal,
(de Brest), 20 octobre 1889.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

7e Année. — 29e Séance.

Le mardi 8 octobre 1889, les membres du Syndicat se sont réunis à *Fismes* (Marne). Etaient présents ou représentés : MM. Dulieu (Longueval), Ancelet et Bracou (Vailly) ; Lécuyer (Beaurieux) ; Deligny (Fère-en-Tardenois) ; Woimant (Soissons) ; Henrionnet (Braisne) ; Gaillart (Hartennes) ; Loysel (Tergnier) ; Delaporte (Moulins) ; Préaux et Brassart (Villers-Cotterets), pour l'Aisne ; et MM. Faille et Lefèvre (Fismes) pour la Marne.

Après un déjeuner confraternel très bien servi à l'Hôtel de la Gare, la séance a été ouverte à deux heures par le président M. Ancelet.

Tarifs médico-légaux. — M. Bracou propose au Syndicat de voter des félicitations aux médecins de Rodez qui ont refusé leur concours à la justice.

Le Syndicat adopte et charge ses délégués à la réunion de l'Union à Paris de soutenir la revision des tarifs médico-légaux.

Nomination d'un membre d'honneur. — M. Lécuyer propose de nommer membre d'honneur du Syndicat, M. le Dr Langlet, professeur à l'école de médecine de Reims, qui vient d'être élu député. Comme rédacteur en chef de l'*Union médicale du Nord-Est*, il a rendu des services au corps médical et a toujours accepté avec plaisir les communications du Syndicat.

Il croit qu'on peut compter sur lui pour porter à la tribune les revendications si légitimes du corps médical.

Adopté à l'unanimité.

Caisse d'assurances-maladies. — M. Lécuyer signale la prospérité croissante de la caisse d'assurances. Notre Association est composée de 14 membres sur 23 que compte le Syndicat. Quand le terme d'octobre sera payé, avec les intérêts de l'argent placé, et sans aucune dette, nous aurons *treize cents francs en caisse*. C'est un résultat superbe.

Le syndicat se félicite d'être le premier qui tente l'expérience de la mutualité contre la maladie, et charge son secrétaire de faire un rapport sur notre Association contre la maladie à la réunion de l'Union des Syndicats.

Renouvellement du bureau. — Sont nommés : *Président*, M. Bracou ; *Vice-président*, M. Woimant ; *Secrétaire-trésorier*, M. Lécuyer ; *Assesseurs*, MM. Gaillart et Faille.

Sont nommés : *Président honoraire*, M. Ancelet, et *assesseur honoraire*, M. Godart, et il est décidé que les anciens membres du bureau auxquels l'honorariat est conféré seront convoqués aux séances du bureau.

Délégués à l'Union des Syndicats. — Comme les années précédentes, MM. Ancelet et Lécuyer.

L'assemblée s'en rapporte à son bureau pour le lieu et la date de la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire perpétuel,
Dr H. Lécuyer,
de Beaurieux (Aisne).

Syndicat médical de la Vienne

Séance du 3 mai 1889.

Le 3 mai 1889 les membres du Syndicat médical de la Vienne se sont réunis à Poitiers dans la salle des actes publics de l'Ecole de médecine, sous la présidence du Dr Auché.

Sont présents : MM. Auché, Berland, Brossard (Jules), Buffet-Delmas, Castaing, Charbonnier, Chédevergne, Chrétien, Desminières, Dulin, De Lagarde, Guillaud, Guillé, Jablonski, Junin fils, De Litardière Arthur, De Litardière Louis, Lusseau, Mascarel, Pasquet-Labroue, Périvier, Pineau, Piorry (St-Georges), Poisson, Pouliot, Raguit, Richard, Robert et Roland.

A deux heures, le Président déclare la séance ouverte et donne la parole au Secrétaire pour la lecture du procès-verbal de la séance du 15 novembre 1888.

I

Ce procès-verbal est adopté sans modifications, mais à ce sujet, M. le Dr Robert demande que le Syndicat fasse consigner par écrit toutes les conditions dans lesquelles le médecin est exposé à être condamné à soixante fr. d'amende à l'occasion des certificats qu'il délivre. Cette motion est adoptée et le Dr Roland veut bien se charger de publier dans le *Poitou médical* un article complet sur cette matière.

II

Les comptes du Trésorier sont présentés par le Dr Buffet-Delmas.

Il résulte de son exposé que notre avoir s'élevait avant le 3 mai 1889 à la somme de 448 francs. Les dépenses justifiées et payées se montant à celle de 235 francs 45 centimes, à la même époque, il en résulte que l'avoir total de la Société au jour de la présente séance s'élève à deux cent douze francs cinquante-cinq cent. Ci. 212 fr. 55

Résumé

Avoir au 3 mai 1889..............	448 fr. »
Dépenses » »..............	235 fr. 45
Avoir restant.........	212 fr. 55

Ces comptes sont approuvés à l'unanimité ; avant d'abandonner la parole, le Trésorier propose de modifier l'article 39 du règlement de telle sorte qu'il puisse faire le recouvrement des cotisations dès le 1er janvier de chaque année. — Adopté.

III

Un des membres de la réunion demande la parole pour se plaindre de nouveau de l'empiètement de certaines religieuses sur le domaine de la médecine et de la pharmacie. — L'Assemblée décide que les démarches qui ont déjà été faites avec succès près de l'Evêché seront renouvelées dans un avenir prochain.

IV

Communications diverses du Président.

1° Le Dr Auché rend compte de la démarche que le bureau du Syndicat de la Vienne a faite près du président du Syndicat des pharmaciens. Celui-ci a promis de donner ultérieurement une réponse aux observations qui lui étaient présentées, mais jusqu'à présent le Dr Auché n'a rien reçu. L'assemblée décide qu'une nouvelle démarche sera faite.

2° M. le juge d'instruction du tribunal de 1re instance de Poitiers a demandé, par lettre l'avis du Syndicat médical de la Vienne sur différentes questions qui se rattachent aux poursuites judiciaires dirigées en ce moment contre un empirique des environs de Poitiers. — Le Président lit les questions et après un débat intéressant, l'assemblée décide qu'avant de répondre au juge d'instruction, le bureau se mettra en rapport avec la Société de médecine légale pour avoir une consultation.

3° Conformément à la décision prise dans l'assemblée générale de novembre 1888, votre secrétaire a notifié au Président de l'Union des syndicats médicaux de France, l'adhésion des syndiqués de la Vienne. Cette adhésion a été acceptée avec empressement et nous faisons partie de l'Union depuis le mois de janvier 1889, ainsi que l'indique la lettre du Vice-Président, M. Cézilly. Notre Syndicat s'oblige, par son adhésion, à donner au bureau de l'Union le nombre et le nom de ses membres et à verser au secrétaire trésorier la somme annuelle de deux francs par sociétaire, moyennant quoi, chacun recevra le Bulletin des Syndicats, s'il ne fait pas déjà partie de la Société du Concours médical.

L'assemblée, après en avoir délibéré, décide qu'un de ses membres sera délégué au Congrès, comme il a été déjà convenu, mais que le bureau prendra des informations, avant qu'une participation aux dépenses de ce Congrès soit votée.

V

M. le Dr M..., demande la parole, pour proposer à l'assemblée une modification partielle des statuts du syndicat de la Vienne, car il considère qu'il y a antagonisme entre l'article 34 de nos statuts et l'article 5 de la déontologie. Son argumentation bien préparée semble entraîner quelques collègues ; mais la discussion qui survient à la suite démontre facilement que la grande majorité de l'assemblée comprend tout autrement que notre confrère la déontologie médicale et les droits et devoirs qui sont la conséquence de la pensée élevée qui a fait naître les syndicats médicaux.

Le désir de la revision des statuts est du reste à peu près général dans notre réunion ; mais les uns, avec le Dr M..., la demandent limitée aux articles 34 et 5 sus-énoncés ; les autres la veulent complète.

Après une discussion fort intéressante, le Président met aux voix la proposition de revision générale des statuts par une Commission spéciale.

Cette motion est adoptée, et on procède immédiatement à la nomination de la Commission. Sont désignés par l'élection :

Cercle de Poitiers (Ville): Chédevergne, Jablonski.

— (Banlieue): de Litardière (Louis).

Cercle de Châtellerault: Junin fils, Mascarel, Raguit.

Cercle de Civray: Chargelègue, Pineau.

Cercle de Loudun: Amirault, Pinchaud.

Cercle de Montmorillon: Guillé, de Litardière (Arthur).

Membres de droit.

Le Président du Syndicat: Auché.

Le Secrétaire: Pouliot.

Comme complément de la discussion importante qui vient d'avoir lieu et de la décision qui l'a suivie, il est utile de consigner au procès-verbal, qu'après les observations d'un confrère de Châtellerault, l'Assemblée déclare formellement qu'elle est animée, avant tout, de sentiments justes et paternels et qu'elle saura apprécier en toutes circonstances les situations exceptionnellement délicates créées parfois à des confrères par des relations de parenté ou d'amitié anciennes.

Enfin, elle décide que jusqu'à la revision des Statuts par la prochaine Assemblée générale, elle conservera en vigueur le règlement qui a fait loi jusqu'ici.

VI

Communications diverses.

1° L'honorable Syndic du Cercle de Châtellerault expose les différentes phases du conflit très grave qui s'est élevé entre deux confrères de sa circonscription. — L'un d'eux, pensant avoir à se plaindre de l'autre, a porté ses doléances devant les tribunaux au lieu de s'adresser au Syndicat, et a maintenu sa conduite irrégulière, malgré les justes observations faites par son Syndic: de telle sorte que l'autre doit passer en police correctionnelle le 4 mai, si aucune puissance n'intervient immédiatement pour arrêter les poursuites. — L'Assemblée Syndicale, vivement émue de la communication du Docteur Labroue, écoute les dires des deux intéressés présents à la séance, blâme dans une juste mesure les torts de chacun, amène une réconciliation immédiate des deux adversaires et fait adresser par le plaignant une dépêche de désistement au procureur de la République qui avait été saisi.

2° Deux autres communications du Syndic de Châtellerault sont encore à faire.

Elles sont relatives à l'inobservation des Statuts. Plusieurs membres font remarquer que les délinquants n'étant pas présents, il y a lieu de remettre la discussion de leur affaire à une prochaine réunion; un autre confrère propose au contraire d'infliger de suite un blâme à celui des incriminés qui a quitté la séance avant que son conflit, qu'il n'ignorait point, ne fût jugé.

Le Syndicat, consulté, décide qu'on remettra l'affaire à la prochaine réunion.

3° Le Dr Lusseau, Syndic de Poitiers (ville), soumet au vote de l'Assemblée les décisions suivantes prises par son Cercle dans la séance du 26 avril.

I. Démarche auprès de la Supérieure des Hospitalières pour obtenir le remplacement d'une sœur qui se livre à l'exercice illégal de la médecine. — Approuvé.

II. La discrétion la plus absolue est imposée aux membres du Syndicat sur ce qui se dit, soit dans les réunions générales, soit dans les réunions des cercles. — Approuvé à l'unanimité.

Cet article est dû principalement à l'initiative d'un médecin de Châtellerault qui a eu à se plaindre d'indiscrétions commises par des confrères vis-à-vis de certains pharmaciens.

III. Il sera remis à chaque médecin du département, syndiqué ou non, une liste des membres du Syndicat de la Vienne. Cette liste sera inscrite sur un tableau analogue à celui de l'ordre des avocats, et sera affichée dans le cabinet du médecin. — On joindra à l'envoi fait aux confrères non syndiqués un appel pour les engager à se réunir à ceux qui sont déjà entrés dans la collectivité. — Approuvé.

VII

La fin de l'ordre du jour appelle le renouvellement de tout le bureau du Syndicat pour trois années consécutives.

Sont élus à une grande majorité:

Président: Dr Auché.

Vice-Président: Dr Pasquet-Labroue.

Trésorier: Dr Buffet-Delmas.

Secrétaire: Dr Pouliot.

La séance est levée à cinq heures 1/2.

Le Secrétaire, G. Pouliot.

REPORTAGE MÉDICAL

Nos lecteurs apprendront sans doute avec plaisir que notre collaborateur pour l'obstétrique et la gynécologie, M. le Dr G. Lepage, vient d'être nommé chef du laboratoire de la clinique d'accouchements (professeur Pinard).

Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts 13, rue Moreau. — Les cours et conférences faits par les médecins de la clinique ont repris le 20 novembre. Les leçons faites pendant l'année scolaire comprendront toute la pathologie oculaire.

Maladies des paupières, de la conjonctive et de l'appareil lacrymal, par M. le docteur Chevallereau, le samedi à deux heures.

Maladies de la cornée, de la sclérotique, de l'iris et de l'orbite, par M. le docteur Valude, le jeudi, à deux heures.

Maladies du cristallin et des membranes internes de l'œil, ophthalmoscopie, par M. le docteur Trousseau, le vendredi, à deux heures.

Maladies des muscles de l'œil, réfraction, par M. le docteur Kalt, le lundi, à deux heures.

Le mercredi, à deux heures, présentation, par les quatre médecins de la clinique, des malades intéressants; discussion. Consultations et opérations tous les jours à une heure.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Ronard de Saint-Julien du Sault (Yonne), présenté par le directeur.

M. le Dr Armadey de Grancey-sur-Ouvre (Côte-d'Or) présenté par le Dr Monin, de Paris.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 48 | 30 Novembre 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La vaccine ecthymato-ulcéreuse chancriforme.

(Epidémie de la Motte-aux-Bois).

On n'a pas oublié l'émotion qu'a causée à l'Académie la communication qui lui fut faite, le 18 septembre dernier, par M. Hervieux au sujet d'une épidémie de vaccine ulcéreuse, dont la nature lui paraissait suspecte de syphilis (1). M. Fournier prit soin de faire ressortir les anomalies de ce cas et conseilla sagement de suspendre tout jugement jusqu'à plus ample informé, c'est-à-dire jusqu'à ce que le temps de l'apparition des accidents secondaires en cas de syphilis vaccinale fût passé.

Mais M. H. *Leloir*, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à Lille, vient de nous apprendre par une leçon faite le 15 novembre à l'hôpital Saint-Sauveur, qu'il ne s'est jamais agi de syphilis vaccinale dans l'épidémie de la Motte-au-Bois et à l'Académie, mercredi dernier, M. Hervieux a fait connaître également le résultat de sa nouvelle enquête, qui conclut aussi à nier la syphilis. On se souvient que quarante-trois enfants vaccinés par le Dr Decouvelaere (d'Hazebrouck) avec un même vaccinifère avaient présenté des ulcérations vaccinales. L'importance de ce fait pour la pratique nous engage à reproduire les parties les plus importantes de la leçon que M. Leloir lui a consacrée.

Les accidents avaient eu la marche suivante : le 31 juillet, tous les enfants ont été vaccinés à un seul bras au moyen de trois piqûres. C'est du deuxième au quatrième jour qu'ont débuté les boutons de vaccin sur chacune des piqûres d'inoculation. Ces boutons se sont rapidement enflammés, élargis, et au bout de huit à douze jours, chez presque tous les sujets, les boutons avaient pris un tel aspect que les parents des petits vaccinés commencèrent à s'émouvoir, et cela d'autant plus qu'ils apprirent que le mal s'était montré chez tous les sujets vaccinés.

Le treizième jour après la vaccination, les lésions locales les moins prononcées offraient l'aspect de trois ulcérations herpétiques de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Le fond en est grisâtre, les bords durs, surélevés, réguliers et entourés d'une auréole inflammatoire plus ou moins étendue. D'autres enfants, plus atteints, présentaient des ulcérations plus vastes, suppurant beaucoup, à bords taillés à pic et irréguliers, avec une inflammation périphérique plus profonde et d'une étendue plus considérable. Œdème de tout le membre. Chez d'autres, encore plus malades, les ulcérations s'étaient réunies pour n'en former qu'une seule, occupant la région externe du bras. La suppuration était abondante et l'œdème très prononcé.

Quand M. Leloir vit les malades, le 22 août, les phénomènes inflammatoires avaient beaucoup diminué, mais les ulcérations semblaient s'être accentuées.

Ces ulcérations, en général absolument rondes, avaient la dimension d'une pièce de cinquante centimes, de un franc, voire même de deux francs, et davantage.

Dans un premier groupe (dix-sept enfants) ces ulcérations rondes, profondes de 1 à 4 millimètres et même plus, creusées en quelque sorte à l'évidoir (et non à l'emporte-pièce, comme on l'a dit) ; à fond tantôt pseudo-membraneux, grisâtre ou lardacé, tantôt rouge chair musculaire avec piqueté hémorrhagique, à bords surélevés et constituant comme une sorte d'anneau en relief, encadrant l'ulcération, avec le fond de laquelle ils se continuaient en pente oblique (les bords n'étaient donc pas, dans ces cas, taillés à pic) ; recouvertes de croûtes épaisses, jaune-verdâtre,

(1) Voir *Concours médical*, 28 septembre, n° 39.

parfois vert bouteille, chez dix à douze des enfants présentaient la plus grande analogie objective avec le chancre pustuleux ou ecthymateux. Ces ulcérations paraissaient assez indolentes. Quelques-unes d'entre elles étaient creusées en entonnoir, et profondes de 4 millimètres et même davantage.

L'ulcération était sous-tendue et même encadrée par une sorte d'induration en forme de rondelle de cuir plus ou moins mou ; il existait des adénopathies épitrochléennes et axillaires atteignant parfois le volume d'un haricot et même d'une noisette, adénopathies dures, indolentes, roulant sous le doigt : on comprend que l'idée de syphilome primaire, de chancre vaccinal venait immédiatement à l'esprit.

Toutefois, chez ces dix-sept enfants la suppuration était assez abondante, mais beaucoup moins abondante que chez les enfants du deuxième groupe.

Dans un DEUXIÈME GROUPE (vingt enfants) des phénomènes inflammatoires divers (dermites, œdèmes lymphangitiques, lymphangites), des éruptions impétigineuses et ecthymateuses, étaient venus compliquer l'ulcération vaccinale.

Celle-ci ne présentait guère les caractères du chancre infectant cutané ; elle était creuse, large, fortement inflammatoire, à bords taillés à pic et l'on ne trouvait à son niveau aucune trace d'induration, mais plutôt une sorte d'empâtement diffus, œdémateux. Mais chez beaucoup de ces enfants, il existait des adénopathies épitrochléennes et axillaires indolentes, dures et roulant sous le doigt. Chez quelques-uns des enfants de ce deuxième groupe, les ulcérations étaient très étendues ; chez l'un d'eux même, les ulcérations qui s'étaient réunies, atteignaient la largeur de deux pièces de cinq francs, et recouvertes de produits pseudo-membraneux, bourgeonneantes, rappelaient la surface de certains vésicatoires ulcéreux et couenneux.

Dans ces deux premiers groupes, les ulcérations suspectes se sont montrées dans le cours de l'évolution des pustules vaccinales et au niveau de chacune de ces pustules chez la plupart de ces trente-sept enfants.

Dans un TROISIÈME GROUPE (six enfants), ce n'est qu'après coup, lorsque le bouton vaccinal était cicatrisé depuis plusieurs jours, que se sont montrées des ulcérations, présentant à leur base une sorte d'induration, et offrant tous les caractères des ulcérations du premier groupe. Ici encore il se produisit des adénopathies dures, indolentes et roulant sous le doigt.

Dans quelques cas très rares, il y a eu de la fièvre, de la diarrhée, voire même un peu de délire.

Mais, sauf quelques cas très exceptionnels, la santé générale de ces quarante-trois enfants, même des plus fortement atteints, ne souffrit nullement.

A ce moment, devant l'induration de ces boutons, devant la dureté de cuir que présentait cette induration dans plusieurs cas, devant l'aspect particulier de plusieurs de ces ulcérations, devant les adénopathies épitrochléennes et axillaires dures et indolentes qui les accompagnaient, M. Leloir penchait pour la nature syphilitique des lésions.

De plus, la constitution saine et robuste de la plupart de ces enfants, l'âge des petits vaccinés, qui presque tous appartenaient à la seconde enfance, le milieu campagnard et salubre dans lequel ils vivaient, paraissaient plaider contre l'hypothèse d'une vaccine ulcéreuse. C'est, en effet, chez les sujets de la première enfance, chez les enfants mal portants, et dans les milieux hospitaliers ou urbains, que s'observe surtout la vaccine ulcéreuse chancriforme. En outre, les enfants avaient été vaccinés avec du vaccin humain, et c'est surtout à la suite de la vaccination pratiquée avec le cow-pox que se produit la vaccine ulcéreuse. On le disait du moins ; mais cette épidémie de la Motte-aux-Bois prouve que la vaccine de bras à bras y expose tout aussi bien, sans avoir l'immense avantage d'écarter tout soupçon de syphilis.

Il faut ajouter que la mère d'un des enfants, après s'être frotté l'œil avec un doigt souillé du pus provenant du bras de son enfant, fut atteinte au niveau de la paupière inférieure gauche, près de l'angle externe de l'œil, d'un bouton induré, gros comme un demi-haricot, un peu ulcéré, accompagné d'œdème de la paupière. Cette exulcération, à fond grisâtre, à base indurée, rappelait beaucoup un chancre infectant de la paupière inférieure, d'autant plus que l'on constatait chez cette femme, l'existence d'un ganglion gros comme un haricot, situé dans la région de l'articulation temporo-maxillaire.

Chez le vaccinifère X..., âgé de neuf ans, on n'a rien pu trouver de suspect du côté du tégument externe ou interne, sauf trois croûtes d'impétigo dans le cuir chevelu, mais il y avait chez lui des adénopathies cervicales et inguinales indolentes, dures et roulant sous le doigt. Cet enfant était de belle apparence, sain et robuste, et ses pustules vaccinales, parfaitement cicatrisées, ne présentaient en leur lieu et place aucun vestige d'induration.

En se reportant à la première communication de M. Hervieux, on se rappellera que le père de l'enfant vaccinifère, batelier de son état, s'était absolument refusé à se laisser examiner, ainsi que sa femme. Mais le refus du père de se laisser examiner ainsi que sa femme, pouvait bien ne pas s'expliquer seulement par le fait de vouloir cacher une syphilis, il pouvait être dicté par un sentiment d'indépendance, admissible après tout chez un ancien militaire.

Les circonstances qui plaidaient contre le diagnostic de syphilis vaccinale étaient les suivantes :

1° Multiplicité des lésions considérées comme des chancres infectants. Nous avons vu que chez la plupart des quarante-trois enfants, chacune des trois piqûres vaccinales devint ulcéreuse et suspecte. Or, le syphilome primaire ne se produit guère que sur une ou quelques-unes des piqûres ;

2° Etendue trop grande de ces prétendus chancres en un espace de temps trop court ;

3° Absence de croûtes sur beaucoup des lésions. Or, l'on sait que le chancre vaccinal est presque toujours croûteux, tandis que la vaccine ulcéreuse, qui suppure beaucoup, est en général ulcérative. Comme l'a dit A. Fournier : « Elle suppure trop pour former croûte » ;

4° Accidents inflammatoires trop intenses, suppuration trop abondante, ulcérations à bords trop taillés à pic (dans certains cas) ;

5° Coexistence en d'autres points du corps, sur

le tégument externe d'un grand nombre d'enfants, de pustules d'ecthyma, d'impetigo.

6° Enfin et surtout, durée de l'incubation. Chez 37 enfants (groupe 1, groupe 2), c'est du huitième au douzième jour après les vaccinations que se montrèrent les vaccinations suspectes. Or, la pathologie de la syphilis nous enseigne qu'à une échéance aussi brève, le syphilome primaire n'existe pas encore, qu'il n'est pas encore né.

Aujourd'hui la date d'apparition des accidents secondaires est passée depuis un mois ou six semaines.

Les ulcérations vaccinales se sont cicatrisées chez la plupart des enfants, laissant à leur suite des cicatrices variant du diamètre d'une pièce de 0,50 cent, à celui d'une pièce de 2 francs, rouges violacées, mais sans la moindre induration. Les adénopathies ont disparu.

La peau, les muqueuses de ces quarante-trois enfants ont été toujours et sont encore absolument vierges de toute éruption syphilitique.

La jeune mère de vingt-six ans (que l'on avait pu croire atteinte d'un chancre infectant de l'œil, survenu en essuyant celui-ci avec un doigt souillé du pus virulent de son enfant), est absolument indemne de tout accident syphilitique.

Quant au vaccinifère et à ses parents, ils ne veulent plus se laisser voir par personne et vivent enfermés comme des parias, fuyant le monde en général et les médecins en particulier. Cela se comprend d'ailleurs.

En résumé il ne s'agissait donc pas, il ne s'est jamais agi de syphilis vaccinale dans l'épidémie de la Motte-au-Bois.

Quelle a donc été la nature de cette épidémie de vaccine ulcéreuse chancriforme ? Car chancriforme, elle l'a été au point de simuler à s'y méprendre le chancre infectant de la peau.

D'après les phénomènes objectifs, c'est de certaines éruptions ecthymatiformes et en particulier de certaines lésions ecthymatiformes ulcéreuses que les lésions peuvent être le mieux rapprochées (l'on sait que l'ecthyma ulcéreux, par suite de l'abondance de la suppuration est rarement croûteux, surtout chez l'enfant).

Il n'est pas indifférent de remarquer à ce propos qu'un grand nombre de ces enfants présentaient et présentent encore à la surface de la peau, des pustules d'ecthyma, d'impetigo, que beaucoup d'entre eux étaient atteints d'impetigo capitis et larvalis, quelques-uns de perlèche, que chez plusieurs d'entre eux l'épiderme se décollait autour de l'ulcération ecthymatiforme à la manière d'un vésicatoire ou d'une tourniole.

Ce sont là des accidents qui coïncident souvent avec l'ecthyma, chez les enfants des classes pauvres, et M. Leloir a de la tendance à considérer comme de même nature et produits vraisemblablement par un streptococcus et le staphylococcus du pus, ces divers accidents de suppuration cutanée.

Or, l'ecthyma, de même que l'impetigo, ainsi que l'a montré E. Vidal, de même que la tourniole (Leloir), de même que les furoncles, de même que différentes variétés de suppurations cutanées, sont des maladies *inoculables* et se reproduisent, soit sous leur aspect primitif, soit parfois sous l'aspect des autres variétés de suppurations cutanées précitées.

Ces affections s'observent surtout chez les sujets dont l'hygiène, et en particulier l'hygiène de la peau, sont défectueuses. Or, à la Motte-au-Bois, comme dans la plupart des campagnes d'ailleurs, l'hygiène en général, et celle de la peau en particulier, sont mal observées.

Dans certains cas, sous une influence encore mal déterminée, ces pustules d'ecthyma, surtout quand elles sont mal soignées, malpropres, peuvent se sphacéler, s'ulcérer, s'entourer d'un œdème dur, lymphangitique, simulant parfois, de plus ou moins près, l'induration du syphilome primaire, comme chez les petits vaccinés de la Motte-au-Bois.

En terminant, M. Leloir conseille aux médecins, qui se trouveront en présence d'une épidémie de vaccine anormale et soupçonneraient la syphilis vaccinale, de se rappeler l'épidémie de la Motte-au-Bois, et, avant de laisser soupçonner la possibilité, même douteuse, d'une épidémie de syphilis vaccinale, « d'attendre l'époque d'apparition des accidents secondaires. »

L'hygiène de la vue dans les écoles et collèges en France.

M. *Motais* (d'Angers) s'est demandé si les études scolaires ont une influence dangereuse sur la vue?

En Allemagne, en Suisse, etc., ce n'est pas douteux, de nombreuses recherches l'ont démontré. Mais ces recherches sont restées assez rares en France pour que des hygiénistes prétendent encore que la myopie scolaire, si fréquente chez les Allemands, n'est qu'une question de race et n'existe pas chez nous.

Ayant examiné près de 5,000 élèves des collèges et écoles dans le centre et l'ouest de la France, région qui ne peut être suspecte d'aucune affinité de race avec l'Allemagne, M. Motais est arrivé aux conclusions suivantes :

La moyenne générale de la myopie dans les collèges, pour la classe de rhétorique ou de philosophie, est de 35 % ! En défalquant de cette moyenne le Prytanée militaire de la Flèche qui, pour des raisons spéciales, n'a qu'une proportion de myopies de 26 %, on arrive dans nos lycées et collèges ordinaires à 46 %, dans la philosophie.

Or, la moyenne trouvée par Cohn en Allemagne est de 57 % et par Emmerth en Suisse de 50 %. Ainsi la myopie scolaire existe en France à peu près au même degré qu'en Allemagne.

L'origine scolaire de la myopie est rendue plus évidente encore par les chiffres suivants. Dans la classe inférieure M. Motais a trouvé : myopie 0. Dans la troisième 17 %. Dans la philosophie 35 %. La progression est démonstrative.

L'influence des études scolaires est modifiée par plusieurs autres facteurs, notamment l'hérédité. Un père myope transmet généralement la prédisposition myopique à sa fille, la mère à son fils. Mais la scolarité crée de toutes pièces des myopies acquises, qui se transmettent à leur tour par l'hérédité.

Le quart des yeux myopes observés par M. Motais ne présentait pas de complications ; la myopie était une simple infirmité. Les trois quarts étaient atteints au contraire de complications souvent assez graves pour qu'un certain nombre de jeunes gens fussent forcés de renoncer à la carrière choisie par eux ou de l'exercer dans des conditions d'infériorité fâcheuses.

(1) Académie de Médecine, 19 novembre.

Le nombre toujours croissant des myopes a déterminé leur admission dans l'armée, avec usage des lunettes. Dans les services auxiliaires cette mesure n'a pas d'inconvénients. Mais dans le service actif, tout soldat ou officier myope privé de ses lunettes, est absolument désarmé. Il y a donc là une situation grave, à laquelle il importe de remédier.

On le peut, pense M. Motais, par les réformes suivantes, non pas seulement conseillées, mais imposées.

Eclairage diurne : unilatéral ou bilatéral, pourvu que la place la plus sombre soit encore suffisamment éclairée (Javal).

Eclairage nocturne : un bec de gaz, avec verre, pour six élèves, en attendant la lumière électrique, la plus hygiénique des lumières artificielles à tous égards.

Mobilier pour les collèges : six types de tables à deux places, quatre types pour les écoles primaires ; chacun de ces modèles adapté à la taille des élèves. Bancs rapprochés des tables. Tables tournées de telle sorte que le jour vienne latéralement et de préférence du côté gauche.

Ecriture droite, corps droit, cahier droit (Georges Sand).

Impression des livres de classe avec caractères neufs, développés en largeur, sur papier jaunâtre (Javal). M. Motais ajoute aux réformes précédentes, déjà bien des fois proposées, les suivantes :

Réformes pratiques et non dispendieuses applicables aux vieux établissements d'instruction, telles que : vitrage des portes pleines, remplacements des vitres dépolies par des vitres transparentes, changement de direction des tables vers le jour latéral, augmentation des foyers de lumière artificielle, groupement intelligent des élèves autour des lampes. Tables et bancs baissés par un trait de scie sur les pieds ou haussés par des tasseaux surajoutés, émondage des arbres qui projettent de l'ombre sur les fenêtres, etc., etc.

Interruptions plus fréquentes dans les heures d'étude.— Cette mesure est utile puisque, à l'école des Arts et Métiers d'Angers et au Prytanée militaire de la Flèche, la myopie est relativement peu élevée, malgré l'installation très imparfaite de ces établissements quant à l'hygiène de la vue ; ce qui tient à ce qu'à l'école des Arts, les études sont fréquemment interrompues par des travaux manuels, et qu'au Prytanée les études ne durent jamais plus d'une heure et quart et les récréations consistent en exercices très actifs.

Inspections de la vue, dans les collèges et écoles. — Ces inspections sont indispensables : 1° Dans l'intérêt du collège : rapports sur les réformes utiles, surveillance générale de l'hygiène de la vue. — 2° Dans l'intérêt des élèves : l'oculiste découvre ainsi de bonne heure, et à temps pour des soins efficaces, un nombre tout à fait inattendu de lésions oculaires (asthénopies, strabisme, hypermétropies excessives, astigmatisme, myopie au début), qui, le plus souvent, sont signalées trop tard par les parents. Il prescrit le traitement et fixe le choix des verres, sans le laisser aux caprices de l'élève.

Cancer de l'estomac chez un jeune homme de 18 ans simulant l'ulcère simple.

M. *Debove* rapporte (1) l'observation d'un jeune homme de 18 ans qui ayant toujours eu une excellente santé, fut pris il y a trois mois d'une hématémèse subite d'une extrême abondance (1 litre).

(1) Société méd. des hôpitaux, 22 novembre.

Soigné à l'Hôtel-Dieu pour un ulcère de l'estomac, il sortit guéri en apparence après quelques semaines de diète lactée. Peu après, il avait une seconde hématémèse qui l'amenait à l'hôpital Andrel où M. Debove admit aussi l'ulcère gastrique, en l'absence d'autres symptômes que les signes classiques de cette affection.

Les hématémèses continuèrent incessantes et bientôt le malade fut réduit à une anémie profonde. On vit se développer alors une ascite et la mort survint par syncope.

L'autopsie réservait la surprise d'un cancer de l'estomac siégeant sur la petite courbure non loin du pylore, mais sans intéresser cet orifice, cancer en nappe couvrant une surface large comme la main et ulcéré. Il y avait une certaine quantité de sang dans l'estomac et l'intestin. Le péritoine contenait une dizaine de litres de liquide ascitique.

Les points intéressants de ce fait sont : 1° le jeune âge du sujet ; 2° la marche aiguë de l'affection (à moins que son évolution ne soit devenue latente pendant quelque temps) ; 3° l'abondance de l'ascite.

On a déjà signalé d'ailleurs le cancer de l'estomac chez les jeunes gens et noté la marche très rapide qu'il affecte en pareil cas. L'ascite si abondante n'a pu être expliquée imparfaitement par l'existence de ganglions cancéreux s'étendant de la tumeur jusqu'au hile du foie et ayant pu comprimer la veine porte.

Sur une question de M. *Renault* relative à l'existence d'antécédents héréditaires cancéreux chez le sujet et d'arthritisme personnel, M. Debove répond que les parents sont vivants, bien portants ; que dans l'état actuel des opinions médicales il ne sait où finit et où commence l'arthritisme, et que son malade, étant cuisinier, était probablement alcoolique.

Antisepsie des voies urinaires par administration interne du salol.

M. *F. Dreyfous* pose les bases de l'antisepsie des voies urinaires par médication interne, en faisant connaître les bons effets qu'il a obtenus du salol dans plusieurs cas de blennorrhagie.

Le salol, ou salicylate de phénol, se dédouble dans l'intestin, au contact du suc pancréatique, en acide phénique et acide salicylique qui tous deux s'éliminent par les urines, le premier à l'état de phénylsulfate de soude, le second en nature ; ces faits ont été établis par Nencki, Lépitre, Sahli.

Quand on ingère du salol, on obtient donc un courant d'urine aseptique qui lave les reins, la vessie, l'urèthre et réalise l'antisepsie des voies urinaires, même pour l'urèthre beaucoup mieux que les injections antiseptiques par la voie externe. Sahli a montré que l'urine des individus qui ont ingéré du salol est aseptique, et le salol est admirablement supporté même à dose élevée ; il n'a aucune action toxique, étant insoluble dans le tube digestif avant son dédoublement.

Ce corps paraît donc remplir toutes les conditions requises pour l'antisepsie des réservoirs telles que le professeur Bouchard les a posées dans ses leçons sur la thérapeutique des maladies infectieuses. Le salol possède ces avantages d'être

peu soluble, non toxique ; ce n'est ni un antiseptique général, ni un antithermique, ni un antiseptique intestinal ; il réserve son action pour les voies urinaires, et peut être considéré comme aussi approprié à l'antisepsie des organes urinaires que le naphtol à l'antisepsie de l'intestin.

Quoi qu'il en soit de ces vues théoriques, M. Dreyfous a donné le salol, seul ou associé aux balsamiques, à 7 malades atteints de blennorrhagie ; la dose de salol variait de 5 à 8 grammes ; rapidement l'écoulement a été enrayé et dans un cas datant de 4 jours la guérison a été obtenue en 3 jours. Cette efficacité thérapeutique paraît devoir être attribuée à ce que le salol rend l'urine aseptique et probablement antisepsique. Les cas où le salol a été administré seul prouvent bien qu'il est le véritable agent de la guérison, mais il y aura parfois avantage à l'associer au copahu et au cubèbe pour hâter la guérison.

L'emploi du salol pourrait être recommandé aux chirurgiens qui doivent pratiquer une opération sur les voies urinaires, afin de rendre l'urine aseptique et inoffensive pour les plaies de l'urèthre ou de la vessie.

En résumé, la médication interne par le salol peut réaliser l'asepsie et l'antisepsie des voies urinaires et présente une supériorité réelle sur l'antisepsie chirurgicale ou externe.

M. *Chantemesse* ayant demandé quel est parmi les produits de dédoublement du salol celui auquel on peut attribuer l'action antiseptique, M. *Dreyfous* répond que le pouvoir antisepsique du phénylsulfate de soude, combinaison sous laquelle s'élimine l'acide phénique issu du salol, n'est pas prouvé, tandis que l'autre produit de dédoublement, l'acide salicylique, est certainement antiseptique ; mais on ne pourrait administrer sans inconvénients pour le tube digestif et pour l'état général des malades l'acide salicylique en nature à doses aussi élevées que celles qui traversent les reins après l'administration du salol, qui est, lui, parfaitement toléré par l'estomac, et, n'étant pas soluble avant son dédoublement, ne peut agir sur l'état général après absorption dans l'estomac.

Epanchement de bile dans le péritoine par rupture de la vésicule ; hémophilie ; pas de péritonite.

M. *Hayem* a vu chez un enfant d'un mois un ictère biliphéique accompagné d'hémophilie et ayant abouti à la mort au bout de quinze jours. A l'autopsie il trouva un verre de bile dans le péritoine sans traces de péritonite ; la vésicule biliaire était perforée, sans qu'on pût à l'œil nu y trouver vestige d'inflammation ; les canaux biliaires et le chodéloque étaient sains et perméables.

Un examen micrographique ultérieur viendra dire si la vésicule était atteinte de lésions expliquant la perforation, qui autrement pourrait peut-être être attribuée à un traumatisme. En attendant, la production de l'hémophilie, après résorption de la bile en nature par les voies lymphatiques du péritoine, est intéressante au point de vue de la pathogénie des hémorrhagies dans l'ictère, qui pourraient ainsi dans certains cas être causées par la bile en nature et non pas seulement par l'action des sels biliaires.

M. *Ollivier* cite, à propos de ce fait, les cas où il a constaté un amincissement si considérable des parois de la vésicule chez de très jeunes enfants qu'elle semblait en imminence de rupture. Il rappelle les cas de perforation de la vésicule au cours de la fièvre typhoïde avec production de péritonite suraiguë, réunis par Hagenmuller. Mais alors la bile contient des organismes infectieux.

M. *Féréol* relève surtout l'absence de péritonite chez l'enfant observé par M. Hayem, malgré le contact de la bile avec le péritoine, ce qui est contraire à l'opinion admise en général.

Exemple remarquable de microcéphalie congénitale.

M. *Guéniot* a présenté à l'Académie dans une des dernières séances un enfant âgé de huit jours, chez lequel le crâne était une boîte osseuse, complètement fermée et inextensible. Cet enfant présentait tous les caractères d'un microcéphale.

Il suffisait d'ailleurs de mesurer les principaux diamètres de la tête pour se convaincre de ce fait ; le diamètre sous-occipito-bregmatique, par exemple, ne mesurait que six centimètres et demi, au lieu de neuf et demi, comme cela est la règle chez les enfants normalement constitués.

Les fontanelles et les sutures n'étaint nulle part perceptibles, et même à la jonction de l'occipital avec les deux pariétaux, non seulement il n'y avait pas trace de fontanelle, mais celle-ci était remplacée par un relief osseux atteignant le volume du petit doigt.

Le crâne de cet enfant était tellement réduit que l'on aurait pu croire au premier abord qu'il s'agissait non d'un microcéphale, mais bien d'un anencéphale ; il était d'ailleurs né par la face comme les anencéphales.

La mère de cet enfant a vingt-sept ans ; elle est bien portante et a eu, il y a cinq ans, avec un autre mari, une fille bien constituée.

M. *Guéniot* croit que cet enfant vivra sans doute un certain temps : il pesait 2,700 gr., et n'avait pas dépéri depuis sa naissance ; mais l'expérience démontre que l'intelligence de semblables enfants ne se développe pas.

REVUE DE CHIRURGIE

I. Traitement des lymphadénomes. — II. Laparotomie pour plaie pénétrante de l'estomac. — III. Traitement électrique des fibromes. — IV. De la cholécystentérostomie.

I. — Du traitement des lymphadénomes cervicaux par l'arsenic a haute dose.

Une communication de M. *Reclus* sur ce sujet à la Société de chirurgie a été le point de départ d'une longue discussion. M. Reclus a présenté un malade qui, au début du traitement, était atteint d'énormes tumeurs cervicales sur lesquelles il était difficile de porter un diagnostic certain. Un grand nombre de chirurgiens l'ont examiné et l'opinion la plus générale était que l'on avait affaire à un lymphadénome cervical double. Le malade fut soumis au traitement arsenical à haute dose : en commençant par dix gouttes par jour de liqueur de Fowler, on arriva à lui faire prendre jusqu'à 65 gouttes ; on associa des injections interstitielles de la même liqueur dédoublée, pra-

tiquées tous les deux jours en augmentant progressivement le nombre des gouttes jusqu'à vingt; après deux mois de ce traitement, des symptômes d'intoxication forcèrent à le suspendre ; l'amélioration était déjà très notable, les tuméfactions dans l'épaisseur desquelles l'arsenic avait provoqué des abcès de courte durée, ayant diminué d'un tiers.

Trois mois plus tard les tumeurs avaient repris leur premier volume ; le même traitement fut de nouveau institué et la même amélioration se produisit. Ces alternatives de mieux et de pire se montrèrent plusieurs fois, coïncidant avec l'absence et la reprise de la médication : enfin après l'administration du phosphure de zinc, qu'on alternait avec l'arsenic, la guérison complète fut obtenue.

Sur six malades que M. Reclus a ainsi traités par l'arsenic, trois ont été guéris et trois sont morts rapidement ; ce résultat, qui n'est pas très satisfaisant, serait cependant supérieur à l'intervention chirurgicale ; et M. Reclus estime que la médication par l'arsenic à haute dose semble, sans être bénigne, la moins illusoire de toutes.

M. *Prengrueber* a obtenu aussi d'assez bons résultats de ce traitement : comme parmi les tumeurs désignées sous le nom générique de lymphadénome, il en est un certain nombre, relativement bénignes, qui paraissent justiciables du traitement arsenical, on devra toujours l'essayer quitte à l'interrompre lorsque la maladie s'aggrave. M. *Berger* se déclare également partisan de cette médication.

Tel n'est point tout à fait l'avis de la plupart des membres de la Société de chirurgie qui insistent à tour de rôle sur les difficultés du diagnostic des lymphadénomes: MM. *Quénu* et *Terrier* font remarquer que la question des tuméfactions du cou est encore entourée d'une très grande obscurité. On n'a quelques chances d'être fixé sur la nature de la maladie qu'en enlevant d'abord un ganglion, pour en faire non seulement l'examen histologique, mais encore des inoculations et des cultures. Les différentes médications que l'on a employées jusqu'ici donnent des résultats très différents, précisément parce qu'on a affaire à des maladies différentes. L'intervention chirurgicale fournit une sécurité plus grande.

M. *Verneuil*, qui soutenait jadis qu'il ne fallait pas opérer les lymphadénomes, pense aujourd'hui qu'il y aurait exagération à proscrire toute intervention.

M. *Trélat* insiste sur la fréquence de l'erreur qui consiste à prendre pour un lymphadénome, dit bénin, les néoplasies tuberculeuses du cou. Les lymphadénomes malins sont peu fréquents, il en est de même du lymphadénome bénin ; au contraire les tumeurs scrofulo-tuberculeuses constituent la grande majorité des engorgements ganglionnaires. Quant au traitement, toutes les fois qu'il constate les caractères qui se rapportent au lymphadénome bénin, M. Trélat donne l'arsenic ; dans les autres circonstances il fait l'ablation de tout ce qui peut être complètement enlevé.

II. — Laparotomie pour plaie pénétrante de l'estomac.

M. *Jalaguier* a relaté à la Société de chirurgie l'intéressante observation d'une femme qui s'était tiré un coup de revolver dans la région épigastrique ; il n'y avait eu depuis cette tentative de suicide, qui datait de deux heures, ni nausées, ni vomissements, ni mélæna, ni crachements de sang. Aucun symptôme d'hémorrhagie manifeste n'existait, bien que la malade fût dans un état grave, presque syncopal ; néanmoins M. Jalaguier se décida à intervenir immédiatement à cause d'une sonorité qui existait dans l'hypochondre gauche et la région voisine de l'orifice de la balle et qu'il attribuait à un épanchement de gaz dans le péritoine.

Une incision de 6 cent. jusqu'à l'aponévrose fut pratiquée au niveau de la plaie, le trajet perforant fut exploré avec une sonde cannelée: des gaz s'échappèrent, un segment du tube digestif avait donc été atteint.

La laparotomie médiane était indiquée: aussitôt que le ventre fut ouvert, il en jaillit un flot de sang ; puis on aperçut une perforation d'un centimètre au moins siégeant sur la petite courbure et une plaie de l'artère coronaire qui saignait en abondance. Les ligatures furent faites sur l'artère et des sutures sur la muqueuse. L'opération, qui dura une heure, ne présenta dans la suite aucune complication. La malade s'est peu à peu remise et la guérison a été complète en deux mois.

Il n'est guère douteux que, dans ce cas, la plaie de la petite courbure de l'estomac ne se fût pas guérie spontanément, et que l'abstention eût été suivie de mort. Ce fait est des plus intéressants au point de vue de la question toujours pendante de l'intervention chirurgicale dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

III. — Du traitement électrique des fibromes utérins (1).

Le Dr *A. F. Plicque* consacre une revue très détaillée à la technique opératoire du traitement électrique des fibromes utérins, tel que le pratique M. *Apostoli.*

L'instrumentation nécessaire pour ce traitement comprend la pile à courant continu, le galvanomètre, les conducteurs et les électrodes. La pile à courant continu peut être de n'importe quel modèle, de n'importe quel fabricant : « la meilleure est celle dont on a le moins à s'occuper, qui, tout en donnant un grand débit, dure le plus longtemps possible, sans qu'on ait besoin de la recharger (Apostoli) ». Le courant qu'elle fournit doit avoir une intensité pouvant atteindre de 150 à 250 milliampères pendant une durée assez longue. Chaque pile doit être munie d'un collecteur permettant de faire entrer un à un, chacun des éléments dans le circuit. Il faut, avant chaque application, vérifier le bon fonctionnement de chacun des couples : l'interruption du courant au niveau de l'un d'entre eux aurait, en effet, pour résultat une secousse toujours pénible et parfois dangereuse au moment de l'application. — Le galvanomètre offre une grande importance: il permet seul le dosage du médicament en donnant la mesure exacte du débit électrique. En faisant connaître le nombre de milliampères qui passent dans le circuit, il fournit une indication précise. Les fils conducteurs doivent être, à la fois très souples pour permettre le maniement facile des électrodes et suffisamment résistants pour échapper à la rupture. Avant toute opération, il est bon de s'assurer de leur intégrité en fermant

(1) *Gazette des hôpitaux*, 16 nov. 1889.

le circuit sur lui-même, successivement avec chaque fil.

Les électrodes constituent la portion vraiment spéciale de l'outillage électrique et doivent être étudiés avec quelques détails. Ils comprennent : 1° l'électrode en terre glaise, destiné à s'appliquer sur la paroi abdominale ; 2° les électrodes métalliques destinés à être introduits soit comme l'hystéromètre ordinaire dans la cavité utérine, soit par ponction, à travers le cul-de-sac péritonéal postérieur, dans le tissu du fibrôme. L'emploi de l'électrode en terre glaise présente une grande importance, en supprimant au niveau de la peau les eschares et la cuisson qui s'observaient avec ces plaques métalliques : il a permis ainsi à M. Apostoli d'employer le courant continu à des intensités beaucoup plus fortes que celles dont on avait, jusqu'à lui, fait usage. La terre glaise employée doit être aussi gluante, aussi grasse, aussi dépourvue de sable que possible. Pour lui donner la forme convenable, on la tasse dans un cadre rectangulaire en bois de 30 centimètres de long, 20 centimètres de large, 1 centim. 1/2 de hauteur. Un morceau de tarlatane, à larges mailles, de dimensions telles qu'il puisse ensuite recouvrir sur quelques centimètres, en se repliant, les bords du gâteau de glaise, est tout d'abord jeté sur le cadre. La terre, bien mouillée, est tassée avec un instrument quelconque. Une règle de bois suffit à enlever tout ce qui dépasse les parois du ventre. En soulevant la tarlatane, la brique se détache parfaitement régulière. La tarlatane a l'avantage de maintenir la forme de la brique et d'empêcher la glaise de fuser sur le ventre. Au moment d'employer le gâteau de terre glaise pour le mettre en contact avec le rhéophore, on enfonce à sa surface une plaque métallique de 5 à 10 cent. de côté, unie au fil. Cette plaque doit être assez enfoncée pour bien adhérer à la terre. — L'électrode le plus souvent employé pour les applications intra-utérines, a la forme d'un hystéromètre ordinaire : sa tige doit être faite d'un métal inattaquable, or ou platine. M. Apostoli se sert parfois aussi, à la place de cet hystéromètre, d'un électrode formé d'un cylindre de charbon de cornue de 2 cent. et demi de long, porté sur une tige métallique. Les galvanopunctures se font au moyen de trocarts d'acier réservés exclusivement à cet usage et montés sur un manche creux. Les hystéromètres et les trocarts métalliques doivent être munis d'un manchon conducteur, qui protège la muqueuse vaginale contre leur contact.

Lorsque l'on s'est assuré que les instruments bien préparés fonctionnent tous bien et lorsque toutes les précautions antiseptiques sont prises, on procède à la première séance qui consiste toujours dans une galvano-caustique intra-utérine positive à faible intensité. Il ne faut pas dépasser dans cette première séance, 40 à 50 milliampères ; mieux vaut même rester en dessous de ce chiffre chez des femmes dont la susceptibilité est trop vive et chez lesquelles il faut arriver graduellement à la tolérance.

Au moment de faire passer le courant, la femme est placée dans la position ordinaire du spéculum, le siège bien avancé et débordant le lit. Le gâteau de terre glaise uni au rhéophore négatif est placé le premier. L'hystéromètre en platine est toujours l'électrode actif employé dans cette première séance : il est introduit avec une lenteur, une douceur, une prudence excessives. Cette introduction se fait en maniant l'instrument d'une main, en lui donnant comme guide l'index de l'autre main placé sur le col.

L'hystéromètre une fois introduit est maintenu doucement et exactement, on met son extrémité terminale en contact avec le rhéophore positif. On commence le courant en tournant lentement la navette du collecteur, tandis qu'on suit de l'œil le galvanomètre. Ce n'est que très progressivement qu'on arrive au maximum de 50 milliampères. La durée de cette première séance doit être courte. Le courant ayant atteint une fois son maximum, le passage sera prolongé au plus pendant cinq minutes. L'interruption du courant se fera encore très lentement et sans secousse en ramenant progressivement la manette du collecteur à son point de départ. Aux séances ultérieures on peut augmenter l'intensité du courant.

En général, si la femme ne peut pas se reposer complètement pendant le travail, une seule séance par semaine est suffisante. Quelques malades se trouvent soulagées dès la deuxième ou troisième séance, et parfaitement bien entre la cinquième et la dixième. Les métrorrhagies s'arrêtent, les douleurs cessent, le fibrome commence à subir une régression qui se continue après la cessation du traitement ; les phénomènes de compression disparaissent. Chez d'autres malades, l'amélioration n'est obtenue qu'après vingt, trente séances, parfois plus.

Dans un assez grand nombre de cas, on se trouvera bien, après avoir employé, au début le pôle positif, de lui substituer, une fois la tolérance bien établie, le pôle négatif. C'est surtout pour les fibromes qui s'accompagnent non de métrorrhagies, mais d'aménorrhée ou de dysménorrhée, que la galvano-caustique négative, qui produit une congestion légère, peut être utile.

La galvano-puncture constitue une dernière ressource dans les fibromes particulièrement rebelles : elle consiste à faire passer le courant (qui est toujours alors le courant négatif) par un trocart enfoui dans le tissu même du fibrome. Cette ponction, pour être inoffensive, doit être faite avec une antisepsie parfaite. Le lieu d'élection est le cul-de-sac postérieur, au point le plus saillant du fibrome. La ponction sera faite sur le doigt comme guide et le trocart sera enfoncé par un coup sec de 1 ou 2 centimètres au plus. Le manchon de celluloïde, dont on a entouré le trocart, doit être assez long pour occuper tout l'espace entre le point de ponction et la vulve, et assurer une protection complète. La galvano-puncture est un procédé plus rapidement efficace, mais plus douloureux, et s'il n'est pas très bien employé, plus dangereux que la galvano-caustique. Celle-ci suffira le plus souvent, mais en nécessitant un nombre de séances beaucoup plus considérable.

L'amélioration, à la suite des applications électriques suffisamment intenses et suffisamment nombreuses, fait rarement défaut, mais elle est plus ou moins complète. Les métrorrhagies constituent le symptôme le plus facilement arrêté ; les inflammations péri-utérines sont presque toujours assez rapidement améliorées, quand on emploie le traitement avec les ménagements nécessaires, mais la régression du fibrome est parfois plus difficile à obtenir.

Quand la méthode est parfaitement appliquée, avec les ménagements, avec l'antisepsie néces-

saires, ses dangers peuvent être regardés comme nuls. En pratique on en observe quelques-uns, légers d'ailleurs ordinairement, et pouvant tenir soit à des erreurs de diagnostic, soit à des fautes dans l'opération.

IV. — De la cholécystentérostomie. (1).

M. *Terrier* a communiqué récemment à l'Académie de médecine une très remarquable opération : cholécystentérostomie : cette opération a pour but d'aboucher la vésicule biliaire à une anse intestinale de façon à rétablir le cours de la bile lorsque le canal cholédoque est définitivement obstrué.

C'est au sujet de cette communication que le Dr *A. Broca* passe en revue tous les progrès qui ont été accomplis pendant ces dernières années dans la chirurgie des voies biliaires et apprécie deux opérations portant sur la vésicule biliaire : la cholécystotomie (incision de la vésiculo) et la cholécystectomie (extirpation de la vésicule).

C'est une nouvelle opération (la première en France) que M. Terrier a pratiquée sur sa malade : il s'agissait d'une femme de 54 ans, atteinte depuis deux ans environ d'accidents hépatiques assez vagues, et depuis deux mois d'une occlusion complète du cholédoque. Un accès de fièvre hépatique fit faire presque d'urgence une laparotomie exploratrice. La vésicule fut vidée par ponction exploratrice et le doigt du chirurgien put sentir dans le cholédoque une tuméfaction allongée, probablement un calcul. La face inférieure de la vésicule répondait presque directement à la face antéro-supérieure de la première portion du duodénum : c'est là que fut faite l'anastomose, la cholécystentérostomie. Grâce à des sutures particulières, M. Terrier put n'inciser les parois qu'à la fin de l'opération, au moment de serrer le dernier fil, un drain fut mis dans la communication, puis le fil fut serré. La malade guérit de l'opération, puis se rétablit peu à peu ; l'ictère a disparu presque complètement, l'engraissement est notable, les forces reviennent et l'état actuel est très satisfaisant.

Broca conclut que cette opération semble destinée à un brillant avenir : « Dès qu'une occlusion totale et fixe du cholédoque est diagnostiquée, il faut songer à intervenir, on n'est plus en droit de laisser les malades tomber de l'ictère jaune dans l'ictère vert, de l'ictère vert dans l'ictère noir, et de l'ictère noir dans la privation de la vie. »

(1) *Gazette hebdomadaire*, 15 nov. 1889.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Révision de la législation médicale.

Paris, le 26 novembre 1889.

Mon cher confrère,

Dès la 2e séance de la Chambre, après la constitution du bureau définitif, M. Lockroy a déposé 12 propositions qui avaient été l'objet de projets de loi sous son ministère.

Le projet de loi sur l'organisation de la médecine est de ce nombre.

Avant-hier j'ai présenté à mon tour ma proposition.

J'ai rappelé la date de sa 1re présentation en 1883, le 1er rapport dont elle avait été l'objet, sa chute à la fin de la législature en août 1885. Reprise dès les premiers jours de la nouvelle législature de cette époque, étudiée par une nouvelle commission qui fut saisie de l'examen du projet de loi ministériel sur la même matière, elle fut l'objet d'un second rapport qui pendant un an a tenu l'un des premiers rangs dans l'ordre du jour de la dernière Chambre.

Pour ces motifs, j'ai demandé pour ma proposition et pour celle de M. Lockroy la faveur de l'urgence.

La Chambre me l'a accordée. Nos propositions iront directement et sous peu de jours se faire discuter dans les bureaux appelés à nommer la commission.

Nous franchissons ainsi la première étape de la procédure parlementaire qui consiste à passer par la commission d'initiative et par la prise en considération par la Chambre sur la production et la discussion d'un rapport sommaire.

Croyez que je ferai tout, si, comme j'ai lieu de l'espérer, je suis membre de la commission, pour hâter son travail et le dépôt du rapport.

Que va-t-il se passer en présence de deux propositions si différentes ? J'aurai soin de vous le dire quand j'y serai autorisé.

Bien à vous,

Dr Chevandier.

Je crois fort que nous pourrons figurer à l'ordre du jour vers le mois de mars prochain.

Rapport de M. le Dr Roussel à l'Association de la Haute-Loire.

Indemnité en cas de maladie.

Messieurs et chers Confrères,

« L'Association Générale des Médecins de France vous invite à délibérer sur un vœu émané de deux Sociétés locales, celles de la Gironde et de l'Oise, et rarement une question aussi importante a été soumise à votre examen.

Il s'agit, vous le savez déjà, de la création d'une caisse d'assurances contre la maladie et vous devez aujourd'hui vous prononcer sur l'opportunité et la possibilité de cette fondation, sur les conditions matérielles qui permettront de la réaliser, sur les détails intimes de son fonctionnement.

Il n'y a pas très longtemps encore que des esprits généreux, peut-être impatients, se sont préoccupés des moyens de venir en aide au médecin que la maladie paralyse. En France, MM. les docteurs Coudereau et Laborde sont les premiers qui aient fait, dans ce sens, une tentative sérieuse ; elle a échoué. Depuis lors des projets de tout genre ont été mis au jour ; comme ils n'ont point subi l'épreuve de la pratique, je les laisserai systématiquement de côté. La seule Société qui fonctionne actuellement est celle qu'a fondée à Paris M. le docteur Gallet-Lagoguey, sous le nom d'Association médicale mutuelle du département de la Seine. Votre Bureau l'a prise pour modèle ; il tenait à donner un terrain solide à vos discussions.

« Le droit doit être substitué au secours qui n'est en réalité qu'une aumône déguisée. » Telle est l'idée mère de la Société nouvelle. Et cependant, malgré cette déclaration de principes, les fondateurs n'ont pas voulu faire une Assurance, mais bien une Société de secours mutuels pure et

simple, analogue à celles qu'ont édifiées les classes ouvrières.

Voici les grandes lignes de l'organisation de la Société :

Il existe deux sortes de membres : honoraires et participants.

Pour être admis dans la Société, il faut subir un examen médical.

Le droit d'entrée est de 10 fr. ; mais il deviendra proportionnel à l'âge et au capital-réserve acquis par l'Association ; la cotisation mensuelle est aussi de 10 fr. ; moyennant quoi, le sociétaire malade a droit à une indemnité de 10 fr. par jour, aussi longtemps que dure sa maladie. Du même coup, la caisse de retraite est supprimée.

Les sociétaires sont libres de se retirer quand ils le désirent, sans autre formalité qu'une simple déclaration.

La Société n'a aucun rapport avec l'Association Générale.

Dans la pratique, la Société du docteur Lagoguey s'est constituée le 1er janvier 1887 ; 76 membres en ont fait partie dès la première année. A la fin de 1888, les sociétaires étaient au nombre de 147 ; 329 journées de maladies avaient été payées et la réserve atteignait une somme de 15.356 fr. Les résultats semblent excellents.

Parti de Paris, le mouvement n'a pas tardé à gagner la province. A Toulouse, une société locale vient de se fonder, qui adopte sans modifications essentielles les statuts du docteur Lagoguey. L'initiateur, M. le docteur Guilhem, de Toulouse, m'a fait l'honneur de m'écrire que son œuvre est en bonne voie. Les adhérents, déjà au nombre de trente, vont prochainement s'accroître. M. Guilhem me paraît tout à fait pénétré de l'utilité de la nouvelle Association et la croit appelée à un grand avenir.

Nous aussi, nous avons pris les statuts du docteur Lagoguey pour point de départ des propositions que nous soumettons à votre examen ; mais, moins accommodants que nos confrères de Toulouse, nous avons cru devoir réclamer plusieurs modifications importantes et je vous demande la permission de justifier rapidement nos vues.

D'abord nous ne voulons rien faire sans l'Association Générale ; c'est d'elle que nous attendons la réalisation de nos désirs Par elle nous aurons la sécurité qui convient en telles affaires.

Nous n'avons point voulu de membres honoraires. Ici l'imitation des sociétés mutuelles ouvrières nous a paru trop servile ; il est certainement illogique d'appeler « une aumône déguisée » la pension de 600 fr. fournie par l'Association à ses infirmes et de créer immédiatement après une catégorie de personnages de marque qui, au prix modique de 40 fr. l'an, pourront se donner des airs de Mécènes. Par le vent de démocratie qui souffle, nous voulons être démocrates et nous désirons une égalité parfaite entre tous les futurs adhérents de la Société. Toutefois, notre intransigeance ne va pas jusqu'à refuser les dons qui nous seront faits.

Aurons-nous une visite médicale préalable ? C'est là un redoutable écueil pour notre Société. Trop indulgents, nous sombrerons ; trop sévères, nous tiendrons éloignés des confrères méritants. Sur ce point, M. le docteur Lagoguey est intraitable et l'examen qu'ont à subir les membres de l'Association est des plus rigoureux, si j'en juge par le rapport du Trésorier, M. le docteur Fissiaux (*deuxième assemblée générale annuelle*). Je vois aux dépenses « les remboursements faits à des confrères ayant payé avant leur admission et ayant été ajournés par le Conseil.... 320 fr. » *Trois cent vingt francs* ! Où donc iront les refusés ? Heureusement notre chère Association sera là pour les recueillir et ce ne sont pas, hélas ! les seules misères qui lui resteront à soulager.

Au surplus, que de médecins repousseront une formalité blessante ! Votre Bureau s'est divisé en deux camps : les uns voulaient la visite obligatoire. Pour les autres, cette mesure était contraire à la dignité médicale ; ils se contentaient de la déclaration du postulant : le Conseil prononcerait sur l'admission, après s'être entouré discrètement des renseignements indispensables. En fin de compte, nous n'avons pu nous mettre d'accord. Vous déciderez.

Dans notre projet, le droit d'entrée n'existe pas ; la cotisation des six premiers mois en tient lieu, nous semble-t-il, puisque le sociétaire ne touche rien pendant ce temps.

A Toulouse, la cotisation mensuelle est de 5 fr. pour une indemnité journalière de 5 fr. en cas de maladie ; nous avons adopté les chiffres de Paris : cotisation de 10 fr. par mois, indemnité de 10 fr. par jour.

Pendant les dix premiers jours de maladie, le sociétaire ne reçoit pas d'indemnité. Pour nous, comme pour M. le docteur Lagoguey, un médecin peut subir sans trop de préjudice une indisposition de quelques jours. Le but de la Société vise surtout les maladies longues et les infirmités incurables. Mais, tandis que la Société parisienne donne indéfiniment 10 fr. par jour, nous réduisons l'indemnité de moitié lorsque la maladie dure plus de six mois. C'est une mesure indispensable. Il est facile de voir par le tableau A annexé à ce rapport qu'un seul chronique à part entière ruine, en moins de quatre ans, une Société composée de cinquante membres et je ne sais si nous pourrons facilement dépasser ce nombre.

Dès la première année, cinquante membres peuvent entretenir perpétuellement un infirme à mi-part (*voir le tableau B*) ; mais si un second chronique tombe à leur charge avant la fin de la quinzième année, la Société se ruine (*voir le tableau C*). A ce moment, elle peut, il est vrai, se maintenir et pensionner deux malades perpétuels, mais sa situation devient fort précaire ; nous n'augmentons plus la réserve et nous sommes à la merci du taux d'intérêts que nous servira la Caisse des dépôts et consignations.

On voit le péril. A n'en pas douter, la chronicité est la pierre d'achoppement de toutes nos combinaisons. Une caisse de retraite qui recueillerait nos malheureux confrères serait pour nous la meilleure des garanties.

J'ai fait des calculs analogues pour une Société composée de 80 membres. Elle peut entretenir un malade chronique dès la première année et un deuxième dès le second semestre de la deuxième année ; mais si un troisième lui incombe avant la fin de la dix-septième année, elle est perdue (*voir les tableaux D et E*). On m'objectera que les chances mauvaises diminuent avec le nombre des adhérents. Peut-être ; car la multiplication des associés entraîne aussi celle des malades.

Vous l'avouerai-je, messieurs et chers confrères ? L'aspect de ces chiffres inexorables a quelque chose de troublant, et je vous les présent

dans leur nudité pour vous mettre en garde contre des entraînements irréfléchis. Pour ma part, j'ai conçu des doutes, entrevu des objections, ressenti des craintes qu'il me semble loyal de vous exposer.

Pleins d'une foi ardente, les promoteurs de l'Association du département de la Seine se font gloire de créer une Société confraternelle et non une Société d'assurances ; j'ai peur que ce ne soit là une grave infériorité. Veuillez vous rappeler que les Sociétés de secours mutuels, dans leur ensemble, sont en déficit ; si leur budget parvient à s'équilibrer tant bien que mal, c'est grâce aux cotisations des membres honoraires.

Dans une Société d'assurances, vous avez un capital social souscrit par des actionnaires : première garantie. Seconde garantie : vous avez les engagements pris par les assurés pour une période d'années déterminées. Ici, rien de semblable. Le capital n'existe pas ; ce n'est qu'au bout d'un long temps que la réserve pourra jouer ce rôle. Des cotisations mensuelles doivent suffire à tout et l'on me permettra de dire qu'elles sont éminemment aléatoires, puisqu'une simple déclaration dégage celui qui les verse. Je sais bien ce qu'y gagneront les premiers malades, je vois moins clairement ce qui assurera aux autres sociétaires qu'ils seront un jour secourus.

Après un versement de 60 fr., je suppose qu'un associé soit frappé le septième mois d'une maladie incurable : le voilà désormais à la charge de la Société ; au bout de douze ans, — et sa vie peut se prolonger plus longtemps encore — il aura touché près de 20,000 fr. Ce n'est plus un placement, c'est la pêche miraculeuse (1).

La disproportion est choquante au premier chef et, une fois de plus, le *summum jus* devient l'injustice suprême. Vous réclamez la même prime au médecin de 30 ans et au confrère de 55 ans. Comment justifier une telle anomalie ? Assurez-vous du moins à tous vos adhérents un traitement semblable, lorsque leur tour sera venu ? En aucune façon. Vous demandez au médecin jeune, solide, actif, un versement que nos confrères de la campagne trouveront sans doute élevé et vous ne pouvez, en retour, lui garantir, lorsque l'âge viendra avec son cortège de misères, la récompense des sacrifices consentis pendant vingt ou vingt-cinq ans. Si généreux que soit notre jeune confrère, il vous tournera le dos et portera son argent à la compagnie d'assurances voisine.

Et l'on revient toujours à cette idée obsédante : une caisse de retraite, alimentée par des cotisations proportionnelles à l'âge, entretenue rigoureusement d'après les principes qui président à ce genre d'opérations, répondrait beaucoup mieux aux vœux du corps médical. Nous parlons trop de l'incapacité absolue du travail et pas assez de la capacité diminuée.

Combien plus avisés me paraissent nos confrères d'Outre-Manche ! En 1884, une Société anglaise s'est fondée sous le titre d'Association amicale des médecins anglais ; mais les organisateurs se sont bien gardés de jeter un défi aux lois qui régissent les Sociétés d'assurances ; ils s'y sont pliés.

(1) Nous ne comprenons pas ! En effet en 12 ans le sociétaire chronique aura touché 12 fois 3,650, soit *quarante-trois mille huit cents francs.* Les calculs de M. Roussel, on le voit aisément, doivent être contrôlés.

L'indemnité de maladie est fixée à 11 fr. 25 par jour.

La prime à payer varie avec l'âge ; à 20 ans, elle est de 114 fr. ; à 49 ans, elle s'élève à 234 fr.

L'indemnité est diminuée de moitié après six mois de maladie, comme dans le projet que nous avons l'honneur de vous soumettre.

A 65 ans, l'indemnité cesse ; valide ou non, le sociétaire doit passer à la Caisse de retraite annexée et entretenue par une prime supplémentaire.

TABLEAU A

Démontrant qu'un malade chronique à part entière ruine une Société de cinquante membres en moins de quatre ans. Pendant les six premiers mois, les sociétaires se sont refusé toute indemnité. — J'ai négligé les intérêts, possibles à calculer avec une réserve qui diminue sans cesse ; ils ne peuvent changer, du reste, le résultat final.

Première année. — RECETTES

50 cotisations à 120 fr.		6.000 »

DÉPENSES

Frais de bureau (à 5 fr. par membre)	250 »	3.545 »
3 journées de maladie par sociétaire	1.470 »	
1 chronique (6 mois à 10 fr. par jour)	1.825 »	
DIFFÉRENCE		2.455 »

Deuxième année. — RECETTES

Réserve	2.455 »	8.455 »
50 cotisations à 120 fr.	6.000 »	

DÉPENSES

Frais de bureau	250 »	6.840 »
6 journées de maladie par sociétaire (49)	2.940 »	
1 chronique	3.650 »	
DIFFÉRENCE		1.615 »
La réserve a diminué de		840 »

Troisième année. — RECETTES

Réserve	1.615 »	7.615 »
50 cotisations	6.000 »	

DÉPENSES

Frais de bureau	250 »	6.840 »
6 journées de maladie	2.940 »	
1 chronique	3.650 »	
DIFFÉRENCE		775 »
La réserve est tombée à		775 fr.

Quatrième année. — RECETTES

Réserve	775 »	6.775 »
50 cotisations	6.000 »	

DÉPENSES

Frais de bureau	250 »	6.840
6 journées de maladie	2.940 »	
1 chronique	3.650 »	

Le déficit est de 65 fr. — Encore supposons-nous que, dans une situation aussi désespérée, les sociétaires ont eu l'héroïsme de nous apporter, jusqu'au bout, leur cotisation.

Dans l'hypothèse de deux malades chroniques à mi-solde, nous avons, à peu de chose près, le même résultat. C'est la ruine.

Cependant l'accumulation de la réserve et des intérêts qu'elle produit permet d'entretenir perpétuellement un deuxième malade chronique à partir de la fin de la quinzième année. Voir le tableau C.

Tableau B

Démontrant qu'une Société de 50 membres peut entretenir perpétuellement un malade chronique à mi-part dès la première année. Les intérêts ne sont calculés que pour les centaines.

Première année. — Recettes

50 cotisations à 120 fr.		6.000 »

Dépenses

Frais de bureau (5 fr. par membre)	250 »	3.545 »
3 journées de maladie par sociétaires (49 soc.)	1.470 »	
1 chronique à part entière (6 premiers mois)	1.825 »	
Différence		2.455 »

Deuxième année. — Recettes

Réserve	2.455 »	8.503 »
Intérêts de 2.400 à 4 1/2	108 »	
49 cotisations à 120 fr.	5.880 »	
1 cotisation du chronique à 60 fr.	60 »	

Dépenses

Frais de bureau	250 »	5.015 »
6 journées de maladie de 49 sociétaires	2.940 »	
1 chronique à mi-part.	1.825 »	
Différence		3.488 »

La réserve a augmenté de 1.033 »

Elle s'accroîtra désormais progressivement. (Voir le tableau C.)

Tableau C

Démontrant qu'à la fin de la quinzième année, 50 sociétaires peuvent entretenir perpétuellement un second chronique à mi-part. (Les intérêts ne sont calculés que pour les centaines.)

1re et 2e années Comme au tableau B.

Années.	Réserve		Exc. des Cot.		Intérêts		Total
3e	3.488	+	925	+	153	=	4.566
4e	4.566	+	925	+	202.50	=	5.693.50
5e	5.693.50	+	925	+	252	=	6.870.50
6e	6.870.50	+	925	+	306	=	8.101.50
7e	8.101.50	+	925	+	364.50	=	9.391
8e	9.391	+	925	+	418.50	=	10.734.50
9e	10.734.50	+	925	+	481.50	=	12.141
10e	12.141	+	925	+	544.50	=	13.610.50
11e	13.610.50	+	925	+	612	=	15.147.50
12e	15.147.70	+	925	+	679.50	=	16.752
13e	16.752	+	925	+	751.50	=	18,428.50
14e	18.428.50	+	925	+	828	=	20.181.50
15e	20.181.50	+	925	+	904.50	=	22.011

Les intérêts et l'excédent des cotisations s'élèvent, à la fin de la quinzième année, à 1829 fr. 50, somme qui permet de servir à un malade chronique une indemnité annuelle de 1825 fr. sans toucher à la réserve.

Tableau D

Montrant qu'une Société de quatre-vingts membres peut entretenir deux malades perpétuels, l'un dès la première année, l'autre dès le second semestre de la deuxième année.

Première année. — Recettes

80 cotisations à 120 fr.		9.600

Dépenses

Frais de bureau (5 fr. par membre)	400 »	4.595 »
3 journées de maladie par sociétaire (79 soc.)	2.370 »	
1 chronique à part entière (6 premiers mois)	1.825 »	
Différence		5.005 »

Deuxième année. — Recettes

Réserve	5.005 »	14.770 »
Intérêts (5.000 à 4 1/2)	225 »	
79 cotisations à 120 fr.	9.480 »	
1 cotisation à 60 fr.	60 »	

Dépenses

Frais de bureau	400 »	8 730 »
6 journées de maladie (78 soc.)	4.680 »	
1 chronique à mi-part.	1.825 »	
1 chronique à part entière (6 premiers mois)	1.825 »	
Différence		6.040 »

La réserve a augmenté de 1.035 fr.

Troisième année. — Recettes

Réserve	6 040 »	15.790 »
Intérêts (6.000)	270 »	
78 cotisations à 120 fr.	9.360 »	
2 cotisations à 60 fr.	120 »	

Dépenses

Frais de bureau	400 »	8.730 »
6 journées de maladie (78 soc.)	4.680 »	
2 chroniques à mi-solde	3.650 »	
Différence		7.060 »

La réserve a augmenté de 1.020 fr.

Son accroissement est noté au tableau E.

Tableau E

Montrant qu'une Société de 80 membres ne peut se charger d'un troisième chronique avant la fin de la dix-septième année.

1re et 2e années Comme au tableau D.

Années.	Réserve		Exc. des Cot.		Intérêts		Total
4e	7.060	+	750	+	315	=	8.125
5e	8.125	+	750	+	364.50	=	9.239.50
6e	9.239.50	+	750	+	414	=	10.403.50
7e	10.403.50	+	750	+	468	=	11.621.50
8e	11.621.50	+	750	+	522	=	12.893.50
9e	12.893.50	+	750	+	576	=	14.219.50
10e	14.219.50	+	750	+	639	=	15.608.50
11e	15.608.50	+	750	+	702	=	17 060.50
12e	17.060.50	+	750	+	765	=	18.575.50
13e	18.575.50	+	750	+	812.50	=	20.138
14e	20.138	+	750	+	904.50	=	21.792.50
15e	21.792.50	+	750	+	976.50	=	23.519
16e	23.519	+	750	+	1.057.50	=	25.326.50
17e	25.326.50	+	750	+	1.138.50	=	27.215

L'excédent des cotisations et des intérêts annuels s'élèvent à 1.888 fr. 50, somme suffisante pour l'entretien d'un 3e chronique à mi-part (1.825 fr.)

L'Assemblée vote des remercîments au docteur Roussel.

La question de principe de la création d'une Caisse d'Assurance en cas de maladie, est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Nous publions le travail de M. Roussel, sur la question introduite depuis 6 ans par le *Concours médical*, bien avant la création de la Société anglaise et de la Société Lagoguey.

M. *Roussel* formule les mêmes critiques que les nôtres contre cette dernière. Il dit comme nous que la première est préférable à tous égards ; qu'on ne trouvera jamais mille médecins de province disposés à donner 120 fr. par an à une Société qui peut et doit succomber à ses charges, si elle a des chroniques.

M. Roussel ignore le *Concours médical* et ses propositions pratiques. Nous les répétons à son intention.

C'est l'Association générale qui peut avec une cotisation de 4 fr. par mois, donner aux malades 10 fr. par jour durant 4 mois de maladie et en outre les secourir pour une maladie de plus longue durée.

Voilà le terrain solide sur lequel s'est placé le Directeur du *Concours* dans la proposition qu'il a récemment formulée.

En dehors d'elle il ne peut exister une Société sérieuse que sur les bases adoptées par les médecins Anglais, tenant compte de l'âge et donnant seulement des demi-indemnité après 6 mois de maladie aux chroniques.

M. Roussel, peu au courant de la question, n'a par conséquent prouvé qu'une chose :

La Société Lagoguey est à la merci du nombre de ses chroniques éventuels et la cotisation de 120 fr. n'est pas à la portée du plus grand nombre des médecins.

Nous l'avons dit dès l'origine.

A. C.

REPORTAGE MÉDICAL

La *Ligue de l'éducation physique* continue son œuvre et ses succès. La plus grande partie des recteurs, inspecteurs d'Académie, etc., ont adhéré. La ligue a pour but de modifier le régime de l'internement et favoriser la culture physique et morale de l'élève par les jeux et exercices de plein air. Les résultats obtenus sont considérables. Tout médecin peut en obtenir de semblables, à peu de frais, dans les écoles de sa résidence ; la ligue est prête à les aider.

Le bilan des résultats acquis se résume ainsi :

1° Sa fondation même et la nature propre de son recrutement, qui est le sûr garant de l'avenir réservé à son œuvre.

2° L'établissement de son Ecole pratique des Jeux scolaires au Bois de Boulogne.

3° La reconstitution des grands jeux traditionnels avec l'étude approfondie de leurs effets.

4° La fondation d'un grand concours annuel de force et d'adresse entre les lycées, collèges et écoles de France.

5° La diffusion de nos règles de jeux, déjà faite dans les lycées et collèges et commencée dans les écoles primaires grâce aux cahiers spéciaux illustrés que nous avons fait établir.

6° L'impulsion féconde donnée à l'industrie nationale pour la fabrication du matériel de jeux.

7° Enfin, la distribution à grand nombre de nos instructions et imprimés.

Envoyer communications et adhésions à M. le délégué de la Ligue nationale de l'éducation physique, 31, rue, Vivienne, Paris (affranchir).

— L'*Assurance médicale contre la maladie* fait, chaque trimestre, de nouveaux progrès en *Angleterre*. Durant les 3 derniers mois, elle a payé l'indemnité de maladies à 15 membres : pour diverses maladies et entre autres à un médecin traité pour morsure à l'institut Pasteur. Elle a payé pour ces indemnités environ 1500 fr. par semaine. On a admis neuf nouveaux membres et la Société va en compter bientôt plus de mille. Quelques modifications suggérées par l'expérience depuis 1884, année de la fondation, ont été apportées aux statuts. — Les réserves des diverses branches de l'Association s'élèvent à la somme de 34.431 livres (860.775 fr.) et elle reçoit chaque année environ 11,000 livres (275.000 fr.) de cotisations. Pourquoi en France n'arriverions-nous pas, bientôt, à imiter ce brillant exemple ? Nous en avons *tous les éléments* ; il suffit de les amalgamer !

— Le tribunal de Rouen a décidé que les commerçants pouvaient vendre *l'huile de ricin* qui n'est pas un produit pharmaceutique et s'obtient, comme les autres huiles, par de simples procédés mécaniques et industriels. Mais les épiciers ne peuvent pas la vendre à petite dose, à dose médicinale, en vue d'un but curatif. Quelle chinoiserie ! Il est vrai qu'il en est de même de l'arsenic, qu'on peut vendre en baril si on est droguiste, et empoisonner ainsi toute une région, comme il est advenu l'année dernière dans les *Alpes-Maritimes*.

— Les cours gratuits des *écoles principales d'infirmières* vont recommencer à la *Salpêtrière* et à la *Pitié*.

— A l'étranger on vient de voir une sage-femme condamnée à huit mois de prison, par application d'une ordonnance qui prescrit les précautions antiseptiques à prendre, pour éviter la *propagation de la fièvre puerpérale*. Nous souhaitons que la loi permette bientôt en France, la punition de ces homicides par imprudence.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Peltre, de Château-Salins (Lorraine annexée), présenté par M. le directeur.

M. le Dr Voyer, de Machecoul (Loire-Inférieure), présenté par M. le Dr Franco, de Machecoul.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Hubert, de Sainte-Marie Laumont par Compeaux (Calvados), membre du *Concours médical*.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzieme année — N° 49 — 7 Décembre 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

RÉVISION DE LA LÉGISLATION

Chers confrères,

Vous avez lu, dans le dernier n°, la situation de la *proposition de revision Chevandier* et de celle de M. *Lockroy*. De notre côté, nous avons exécuté les décisions de l'Assemblée générale de notre Société. Nous venons d'adresser, à tous les *médecins-députés*, la lettre qui les invite à faire partie de la *commission extra-parlementaire médicale*, que M. Chevandier se propose de réorganiser. A côté du *groupe agricole et du groupe industriel et commercial*, il y aurait à la Chambre le *groupe médical*. Ces groupements sans distinction d'opinion politique sont tout à fait souhaitables et vous pouvez aider à la constitution de celui qui nous intéresse en entretenant de nos intérêts les médecins qui peuvent en faire partie, durant les vacances de la Noël.

La prochaine session peut avoir une influence capitale pour nos intérêts, si en vue du vote à intervenir, chaque médecin consent à parler ou à écrire au député qui représente son arrondissement et lui faire admettre nos légitimes demandes.

On nous a rendu bien souvent le témoignage que le Conseil de direction n'a jamais épargné ses peines pour le triomphe de nos revendications. Le moment est venu pour chacun de vous de faire ses efforts individuels.

Vous ne faillirez pas plus à cette tâche que nous n'avons failli à la nôtre. Il suffirait de quelques visites rendues par des médecins à chaque député, de quelques lettres leur recommandant le projet Chevandier pour que la Chambre, aussi bien disposée à notre égard que l'était celle de la période législative de 1881 à 1885 grâce à nos démarches, pour que nous vissions enfin, dans celle-ci, la promulgation d'une loi réparatrice et bienfaisante tant au point de vue de la profession médicale qu'au point de vue social.

D'après nos conversations avec nombre de sénateurs et de députés, leurs dispositions sont favorables ; l'effort à faire n'est pas considérable ; qu'on le tente et nous réussirons.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Prophylaxie de la tuberculose.

La discussion des conclusions que la commission de la tuberculose a proposées au vote de l'Académie a commencé par un discours de M. Hardy, qui, sans combattre précisément ces propositions, qui prises dans leur ensemble, sont sages, très louables et s'inspirent des acquisitions récentes de la science, craint cependant qu'elles n'atteignent pas du tout le but qu'elles visent et que la grande publicité qu'on désire pour elles soit inopportune, peut-être même plus nuisible qu'utile. M. Hardy admet bien que la tuberculose, et plus particulièrement la phtisie pulmonaire, est une maladie contagieuse et inoculable. Dès 1868, il avait accepté cette opinion, alors qu'elle n'était guère en faveur, pas même sur les bancs de l'Académie, néanmoins il ne croit pas prudent de crier sur les toits que la tuberculose est contagieuse et inoculable.

Du reste, il n'est pas démontré que tout le monde puisse devenir tuberculeux, même en vivant

dans les circonstances les plus favorables au développement de la maladie (religieuses, infirmiers, etc., etc.).

Comment devient-on tuberculeux ?

L'influence de l'hérédité n'a pas besoin d'être démontrée ; il en est de même de toutes les causes de débilitation. Parmi ces dernières toutefois, M. Hardy ne range pas l'alcoolisme, tout au moins à un rang important, car si on trouve souvent l'alcoolisme, chez les phtisiques hommes des hôpitaux, il est rare chez les femmes phtisiques, et plus encore chez les phtisiques de la clientèle aisée de la ville. Quant à la scrofule, tout en admettant sa parenté avec la tuberculose, M. Hardy persiste à la considérer comme une maladie distincte. L'influence nocive de certaines maladies respiratoires est incontestable ; mais, en revanche, quelques autres de ces maladies (asthme, emphysème) ne prédisposent en rien à la phtisie. L'action du diabète est bien connue. Pour la variole, M. Hardy ne croit pas qu'elle soit une cause prédisposante, contrairement à l'opinon de M. Landouzy.

M. Hardy ne nie pas la contagion. Tous les médecins en ont vu des exemples, mais les cas très probants sont assez rares et on exagère notablement leur nombre.

Pour l'influence du lait, de la viande des animaux tuberculeux, M. Hardy ne nie pas les faits expérimentaux bien observés, mais il ne les trouve pas très probants.

Comme mesures préventives, ce qu'il y a de mieux à faire, en somme, c'est d'essayer de modifier le terrain chez les prédisposés ; c'est aussi de veiller avec soin aux maladies susceptibles d'aboutir à une tuberculose.

Prenant une à une les instructions proposées par la Commission, l'orateur continue.

On devra éviter de consommer la viande d'animaux tuberculeux. Soit, mais il n'est pas prouvé que ces viandes soient aussi dangereuses qu'on l'a dit. Les expériences faites ont été souvent contradictoires. Et puis, les organes les plus tuberculeux (poumons, intestins, os), ne servent guère à la consommation.

On devra faire bouillir le lait pour être bien certain de détruire les bacilles de la tuberculose. Cela n'a pas d'inconvénient ; cependant, certaines personnes ne digèrent pas le lait bouilli.

La Commission met en garde contre le danger pouvant provenir des crachats des tuberculeux, desséchés et pulvérisés. Ce danger est réel. Mais est-il aussi grand qu'on veut bien le dire ? Et puis, s'il s'agit des gens aisés ou riches, ceux-là n'ont pas pour habitude de cracher par terre ; s'il s'agit des gens pauvres, les instructions, même répandues à son de trompe, feront-elles qu'ils cracheront dans leurs mouchoirs ? On peut en douter. Il en sera comme pour ces affiches que l'on a placardées dans les cabarets en vue de prévenir l'ivrognerie par l'exposé des dangers de l'alcoolisme, et qui n'ont pas corrigé un seul ivrogne.

Conseiller aux personnes qui soignent les tuberculeux, de prendre des précautions, est fort judicieux ; il ne faut pourtant pas représenter le phtisique comme plus dangereux qu'il n'est réellement, sans quoi on risque de le priver des soins dont il a si grand besoin. Et puis on dissimule, par humanité, à ces malheureux, la nature de leur affection. Or, ils n'auront plus d'incertitude sur leur état s'ils voient ceux qui les entourent prendre des précautions infinies. C'est l'affaire du médecin traitant de dire ce qu'il y a à faire à l'entourage. Il le dira, lui, discrètement, et dans la mesure voulue, ce que ne fera pas, ce que ne pourra faire l'instruction qu'on propose à l'Académie de publier.

Les meubles ayant servi aux malades, doivent être après le décès nettoyés et désinfectés, cela est évident. Mais on peut craindre que les précautions recommandées par la Commission pour les hôtels n'aillent à l'encontre du but qu'elle se propose. En voyant dans des hôtels des chambres blanchies à la chaux, avec des parquets recouverts de linoleum, sans tentures, ni rideaux, le voyageur comprendra de suite que ces appartements ont abrité des malades et s'empressera de les éviter pour en prendre d'autres plus dangereuses peut-être, mais dans lesquels le danger est dissimulé. Quant aux malades eux-mêmes qui entreront dans ces chambres dénudées, ils comprendront bien vite le sort qui les attend et de même que dans les prisons, il existe les cellules des condamnés à mort, vous aurez ainsi les chambres destinées aux malheureux phtisiques.

En résumé, parmi les mesures à l'aide desquelles on peut espérer resteindre le développement de la tuberculose, M. Hardy estime que la première place appartient à l'hygiène générale.

Quant aux conseils spéciaux relatifs à la contagion de la tuberculose il repousse encore plus fortement leur publicité ; au nom de l'humanité, il lui en coûte de considérer le tuberculeux comme un paria dont il ne faut pas s'approcher et il a le regret de ne pouvoir voter les propositions de la Commission, en tant qu'elles sont destinées à être adressées au public.

Bain électrique au sublimé.

M. *Gaertner*, de Vienne, a cherché à vérifier si un malade, plongé dans un bain de sublimé, absorbait le médicament par la peau. Si, après un bain de sublimé ordinaire, on examine les urines, on n'y trouve pas de mercure. M. Gaertner s'est efforcé, en revanche, d'obtenir la pénétration du mercure à travers la peau, au moyen de l'électricité et pense avoir réussi. Lorsqu'on fait passer un courant électrique dans une solution d'un sel métallique, le sel se décompose et le métal se trouve entraîné dans le sens du courant et se rend au pôle négatif. Dans une baignoire construite d'une façon spéciale on prépare un bain contenant 4 gr. de sublimé. Le malade se place dans l'eau et, dans ces conditions, avec un courant de 100 milliampères durant un quart d'heure, on fait pénétrer dans l'organisme du sujet une quantité appréciable de mercure ; dans les urines, on a pu déceler le mercure d'une façon manifeste, le sujet en avait éliminé par cette voie trois milligrammes en 24 heures.

Ce bain électrique au sublimé paraît utilisable en thérapeutique.

Il permet, semble-t-il, de faire pénétrer le mercure par la peau. De cette façon on ne risque pas d'irriter les voies digestives ; on évite, en outre, que le mercure résorbé par l'intestin ne soit porté par la veine porte dans le foie où il s'emmagasine. Ce procédé aurait donc les mêmes avantages que les frictions et que les injections sous-cutanées.

Le mercure pénétrant par la peau peut agir directement sur les germes morbides existant dans les syphilides, et comme d'autre part cette pénétration se fait par toute la surface cutanée, il n'y a pas à craindre qu'il se produise des lésions irritatives de la peau, comme cela se voit à la suite de frictions mercurielles.

On peut même arriver à doser à peu près la quantité de mercure que l'on fait ainsi pénétrer dans le corps des malades. D'après M. Gartner, cette quantité est proportionnelle à l'intensité du courant électrique et au temps pendant lequel le courant est établi.

Enfin cette méthode d'administration du mercure est très propre, absolument indolore et exempte de tous dangers.

La baignoire est séparée par un diaphragme en deux compartiments, l'un supérieur, l'autre inférieur. Le diaphragme s'adapte presque hermétiquement au corps humain. Les parois et le plancher de la baignoire sont tapissés d'électrodes (plaques de cuivre ou de zinc) revêtues d'une couche de bois perforé. La couverture de l'un des compartiments est mise en contact avec le pôle positif ; celle de l'autre avec le pôle négatif d'une batterie. Il n'y a entre les deux compartiments d'autre communication que le corps humain, le diaphragme étant construit avec une substance isolante et l'eau des deux compartiments ne communiquant que par des fentes presque capillaires. Or la résistance de ces minces couches d'eau, comparée avec celle du corps humain, est si grande que la partie du courant qui passe par l'eau peut être négligée. On peut donc admettre que presque tout le courant dont l'intensité est indiquée par le galvanomètre passe par le corps de l'homme, ce qui du reste a été confirmé par des mensurations exactes.

MÉDECINE PRATIQUE

LES ALBUMINURIES

(*suite*)

Pluralité des albumines urinaires. Leurs origines et les moyens de les distinguer. Sérine, globuline, mucine, peptones, etc.

Les progrès de la chimie et l'application de plus en plus exacte de cette science à la médecine ont beaucoup modifié la manière d'envisager la présence de l'albumine dans l'urine. Il n'y a pas une albumine, il y a des albumines, et plusieurs peuvent exister simultanément dans l'urine, ayant des significations diverses. Il est donc indispensable d'apprendre à les distinguer les unes des autres.

I

Sans entrer dans des détails de chimie qui seraient ici hors de saison, nous rappellerons qu'il peut y avoir deux albumines PROVENANT DU SANG, ou albumines circulantes, l'une du sérum, la *séro-albumine ou sérine*, l'autre des globules, la *séro-globuline* ; disons de suite, bien que nous devions y revenir plus tard, que la seconde se distingue surtout de la première parce qu'elle est précipitée par l'addition de sulfate de magnésie à saturation (méthode dite de Hammarsten, bien qu'elle ait été imaginée par notre compatriote Denis, de Commercy).

Il y a les ALBUMINES FABRIQUÉES DANS LE TUBE DIGESTIF en vue de l'absorption, c'est l'albumine peptonisée par l'action du ferment gastrique, la pepsine, et du ferment pancréatiques, la typsine, sur les matières albuminoïdes ingérées et inassimilables ; ces albumines portent le nom de *peptones*, et, suivant le degré plus ou moins avancé de leur transformation, on distingue la *propeptone* ou *hémi-albuminose* (peptone de Meissner) et la *peptone proprement dite* ou *albuminose*. Les peptones ne précipitent pas par la chaleur ; elles précipitent ou se colorent par divers réactifs, parmi lesquels nous citerons le phosphotungstate de soude, les sels de mercure, et sont surtout caractérisées par la réaction dite de biuret (action successive de la soude et du sulfate de cuivre) dont nous donnerons plus loin l'indication.

Enfin il y a LES ALBUMINES qui ont fait partie intégrante DES TISSUS et qui peuvent se retrouver libres dans l'urine, la *mucine*, qui se distingue des autres albumines par l'absence de soufre, et l'*hémoglobine*, qui contient du fer. La mucine est présente dans l'urine en cas de catarrhe des voies urinaires, et l'hémoglobine se trouve dans l'urine quand il y a hématurie ou hémoglobinurie. Nous laisserons de côté ces deux dernières albumines, dont l'étude nous ferait sortir de notre sujet actuel et dont la présence ne constitue pas l'albuminurie véritable.

L'albuminurie, disent Lecorché et Talamon, est caractérisée par la présence dans l'urine de l'albumine du sérum. Mais en admettant que cette définition soit rigoureusement vraie au point de vue du mal de Bright, il n'en faut pas moins tenir compte, outre la sérine, de la globuline et des peptones qui peuvent donner le change et égarer le diagnostic quand on emploie certains réactifs, ou gêner l'appréciation de la quantité de sérine éliminée par un brigthique.

II

Une première précaution à prendre, quand on examine une urine, est de la filtrer ; autrement on appréciera très inexactement un précipité peu abondant.

Le procédé le plus employé par les médecins et avec raison est la chaleur combinée avec les acides nitrique ou acétique. La chaleur seule peut induire en erreur ; elle précipite les phosphates alcalino-terreux ; mais une goutte d'acide redissout ce précipité. L'urine albumineuse neutre ou alcaline ne se coagule pas par la chaleur.

Donc, si on emploie l'acide nitrique, on chauffera d'abord ; on ajoutera ensuite 10 gouttes d'acide par 5 c.c. d'urine.

Si on emploie l'acide acétique, on verse dans un tube 10 c.c. de l'urine à examiner, on ajoute *une goutte* d'acide acétique, et l'on porte à l'ébullition la moitié supérieure de la colonne de liquide. Si l'urine est albumineuse, cette partie supérieure deviendra opalescente, et ce trouble contrastera avec la limpidité de la moitié inférieure restée intacte.

L'emploi de l'acide nitrique seul est aussi très bon avec le procédé dit de Heller, modifié par Gubler. Dans un verre à pied conique rempli aux trois quarts d'urine, on verse l'acide avec précaution le long des parois. On voit au bout de quelques instants, quand s'est dissipée l'effervescence qui se produit quelquefois quand l'urine

contient de l'acide carbonique en excès libre ou combiné à l'ammoniaque ou à la soude, on voit se disposer de bas en haut les couches suivantes : au fond l'acide nitrique incolore ; immédiatement au-dessus une ligne colorée en rouge, en violet ou en bleu, puis la zone plus ou moins étendue occupée par le coagulum albumineux, enfin une couche d'urine transparente coupée en son milieu par un diaphragme horizontal d'acide urique mis en liberté.

Dans les urines riches en urée, au niveau de la surface de séparation de l'acide nitrique et de l'urine peut se former un précipité de *nitrate d'urée*, mais celui-ci ne se fait que lentement et son apparence cristalline diffère absolument de celle de l'albumine coagulée.

Dans les urines d'individus ayant pris du copahu, du cubèbe, peut-être de la térébenthine, se trouvent des *acides résineux* qui précipitent par l'albumine, mais les précipités résineux sont solubles immédiatement dans l'alcool concentré.

La *mucine* peut être précipitée par l'acide nitrique dilué, mais le précipité se redissout dans un excès d'acide. Quand il se forme un précipité de mucine dans une urine traitée par le procédé de Heller-Gubler, c'est à égale distance entre la ligne de contact de l'urine avec l'acide et la surface supérieure de l'urine, un peu au-dessous du point où se forme le disque d'acide urique et sous forme d'un nuage diffus, comme granuleux.

Nous insistons sur l'examen des urines par les méthodes les plus simples ; car celles-ci suffisent parfaitement au praticien, pourvu qu'il tienne compte des détails ci-dessus.

Si l'on veut dans un cas douteux, se servir d'une réaction dont la valeur soit *absolue*, la suivante n'offre rien de bien compliqué. On ajoute à l'urine de l'acide acétique goutte à goutte jusqu'à réaction fortement acide au papier de tournesol ; puis on ajoute à l'urine un volume égal d'une solution saturée de chlorure de sodium, ou de sulfate de soude, ou de sulfate de magnésie ; on porte à l'ébullition. Si l'urine contient de l'albumine, il se formera un trouble qui se déposera en une masse blanche et floconneuse, qui est certainement de l'albumine.

Je ne parlerai pas de tous les réactifs de l'albumine, simples ou composés qu'on peut employer : acides picrique, phénique, métaphosphorique, réactif acéto-phénique de Millard (de New-York), réactif de Robert (chlorure de sodium acidifié par 1 0/0 d'acide chlorhydrique), d'Olivier (tungstate de soude et acide acétique), de Millon (nitrate acide de mercure). Tous ont leurs défenseurs, tous sont passibles d'objections.

Outre la chaleur et l'acide nitrique, j'emploie couramment, à l'exemple de mon maître M. Bouchard, le *réactif de Tanret*, qui rend les plus grands services, malgré les quelques critiques qu'on lui fait. Je crois rendre service à mes lecteurs en leur donnant les détails nécessaires pour qu'ils puissent le préparer eux-mêmes et sachent s'en servir.

Le réactif de Tanret est un mélange de sublimé et d'iodure de potassium en solution acétique, et voici sa formule :

Iodure de potassium pur......	3 gr. 32
Bichlorure de mercure........	1 gr. 35
Acide acétique...............	20 c.c.
Eau distillée................	Q.S. p. 100 c.c

Rien n'est plus facile que de le préparer soi-même en suivant les indications données par l'inventeur.

On dissout, d'une part, 3 gr. 32 d'iodure de potassium dans un peu d'eau distillée ; on délaie, de l'autre, à consistance pâteuse, 1 gr. 35 de sublimé dans quelques gouttes d'eau. Puis, lentement, le long d'une baguette de verre, on verse la solution iodurée sur le sublimé, en agitant constamment. Il se forme du biiodure de mercure reconnaissable à la couleur rouge intense qui se développe aussitôt. On remue le mélange en y ajoutant au besoin quelques gouttes d'eau distillée, jusqu'à ce que la couleur rouge ait complètement disparu. On verse alors le liquide légèrement jaunâtre ainsi obtenu dans 80 c.c. d'eau distillée ; on ajoute 20 c.c. d'acide acétique et on filtre.

Le réactif de Tanret est un des réactifs les plus sensibles de l'albumine. Il peut déceler 3 à 5 milligrammes par litre.

On lui a reproché de précipiter autre chose que l'albumine, mais c'est à mon sens au contraire un de ses avantages.

Il précipite en effet les urates, les peptones, les alcaloïdes, la créatinine et la mucine.

Mais, si le trouble laiteux et opaque est dû aux urates, aux peptones, à des alcaloïdes, à la créatinine, il disparaît complètement dès qu'on chauffe l'urine.

S'il s'agit de peptones en particulier, le précipité se dissout par la chaleur, et se reforme par le refroidissement si bien qu'on peut à volonté le faire reparaître et disparaître en portant le tube sur la flamme de la lampe ou dans l'eau froide. C'est une réaction rapide et très commode en clinique pour déceler la peptonurie. On évitera donc toute erreur en faisant succéder l'action de la chaleur à celle du réactif.

Quant au trouble que produit le réactif de Tanret dans une urine contenant de la mucine ou une matière albuminoïde signalée par Méhu dans les urines des sujets atteints de blennorrhagie récente et même ancienne, la chaleur ne le dissipe pas ; mais il se différencie du précipité albumineux par une apparence poussiéreuse, granuleuse, et quand on le chauffe, il semble se diviser en petits filaments, qui flottent presque imperceptibles dans le liquide.

On peut avec la solution de Tanret préparer un de ces *papiers réactifs* qui permettent d'avoir toujours sur soi de quoi déceler la présence de l'albumine dans une urine. On découpe du papier à filtre en minces bandelettes qu'on laisse séjourner dans la solution saturée d'iodure double de potassium et de mercure. Le papier est ensuite desséché soigneusement et peut se conserver indéfiniment. Dans une urine récemment émise, limpide et acide, on laisse tomber une de ces bandelettes de papier réactif ; si l'urine est albumineuse, on voit apparaître le trouble caractéristique ; si on peut craindre que l'urine ne soit pas acide, on y laisse tomber d'abord une bande d'un autre papier imprégné d'une solution saturée d'acide citrique.

III

Mais revenons aux deux albumines issues du sang, qui peuvent se trouver dans l'urine.

Dans des cliniques faites à la Pitié en 1886, M. Jaccoud a insisté sur la nécessité de différen-

cier la sérine-albumine ou ***sérine*** d'avec la *globuline* et la *peptone*.

Il montrait que la sérine est l'albumine brightique, celle qui entraîne par sa présence le diagnostic de lésion rénale, tandis que la globuline et la peptone ne fournissent d'indication qu'au point de vue de l'état du sang, de la nutrition générale ou du fonctionnement digestif.

L'association de ces trois albumines dans l'urine brightique, faisait remarquer le professeur, n'est pas rare. Sur 41 cas de maladies des reins, relevés par Petri (de Berlin), néphrites aiguës, néphrites chroniques, dégénérescence amyloïde, la globuline a été associée à la sérine dans le tiers des cas et la peptone dans plus de la moitié. M. Jaccoud en conclut que la globuline et la peptone n'existent pas dans toutes les urines albumineuses par lésion rénale ; que dans les urines albumineuses par lésions rénales la globuline et la peptone n'existent jamais seules et sont toujours associées à la sérine ; enfin, que la présence de la globuline et la peptone n'est point sous la dépendance de la lésion rénale. Pour la peptone, c'est bien évident ; quant à la globuline, elle est simplement l'indice d'une modification non encore déterminée de l'état du sang.

La notion de la pluralité des albumines dans l'urine a un intérêt pratique. La peptone, n'étant pas précipitée par la chaleur, ne prête pas à confusion quand on emploie ce réactif physique, mais la globuline précipite par tous les réactifs chimiques de la sérine ; et dans une urine qui les contient toutes deux, comme on les précipite à la fois, on attribue un chiffre trop fort à la sérine ; or la quantité de celle-ci seule est importante au point de vue du pronostic chez les brightiques. En outre, il peut n'y avoir que de la globuline dans une urine où se forme un précipité albumineux et si on attribue à ce précipité la signification de lésion rénale, on se trompera ; M. Jaccoud signale comme différences physiques entre le mode de coagulation des deux albumines du sang que, avec la globuline, la coagulation est un peu plus lente, elle n'est pas absolument instantanée comme celle de la sérine ; le précipité de globuline, si abondant qu'il soit, n'est jamais floconneux au moment de la formation, il ne le devient pas secondairement et ne présente pas le phénomène de la ***rétractilité***.

Ce dernier phénomène, signalé par mon maître M. Bouchard, et auquel on a voulu dénier toute importance, est cependant caractéristique. Quand après avoir produit par l'addition d'un réactif coagulant (acide nitrique, réactif de Tanret) un précipité albumineux dans une urine, on chauffe avec précaution la partie moyenne du tube incliné, on voit ceci dans certains cas : le précipité se contracte de telle sorte qu'au lieu du trouble et de l'opacité uniforme du liquide, on voit bientôt dans celui-ci redevenu limpide flotter d'abord, puis tomber au fond, une masse semi-solide semblable à un caillot grisâtre ou une grande quantité de petits flocons, de petites molécules arrondies de même apparence.

On a dit que le phénomène tenait seulement à la quantité de l'albumine, c'est l'*albumine rétractile*, c'est *la sérine, l'albumine des néphrites*, mais il est facile de s'assurer que même dans une urine diluée considérablement le phénomène de la rétractilité persiste. On a dit que ce phénomène était influencé par le milieu chimique on par la proportion des sels contenus dans l'urine (Lépine, Cazeneuve). Mais ces objections ne sont pas non plus acceptées par M. Bouchard et ses élèves, qui continuent à considérer l'albumine nettement rétractile comme l'indice d'une lésion du rein, tandis que l'albumine non rétractile est l'albumine des dyscrasies sanguines, celle qu'on observe dans les états pyrétiques quand il n'y a pas de néphrites, ou dans certaines maladies de la nutrition où le rein n'est pas encore malade.

« La lenteur de la précipitation, l'homogénéité du précipité, l'absence de division floconneuse et de rétractilité, dit M. Jaccoud, sont précisément les caractères des précipités albumineux que l'on observe dans les albuminuries transitoires, notamment au cours et à la suite des maladies aiguës, et comme, jusqu'en ces derniers temps on n'a pas pris la précaution de séparer la globuline avant de traiter l'urine par les réactifs ordinaires, je suis convaincu que, dans la plupart de ces cas, je n'ose pas dire dans tous, il s'agit en réalité d'urines à globuline, et non pas d'urines à sérine, c'est-à-dire, en somme, de fausse albuminurie, dépendante, à titre passager, de la modification des substances protéiques du sang sous l'influence de la maladie aiguë.

IV

Comment donc distinguer les *fausses albuminuries* constituées par une simple *globulinurie* et les *vraies albuminuries* constituées par la *sérinurie* ?

Le procédé dit de Hammarsten (en réalité déjà employé par Denis, de Commercy) présente à ce point de vue toute la simplicité désirable. « On prépare une solution saturée de sulfate de magnésie ; la saturation doit être telle qu'un certain nombre de cristaux restent non dissous dans la liqueur. On ajoute à l'urine une égale quantité de cette solution, et l'on abandonne le mélange à froid pendant 24 heures ; au bout de ce temps, il y a un nuage opaque formé par la précipitation de la globuline. La substance est coagulée en totalité, et elle est pure, sans mélange d'autres matières albuminoïdes. Ce procédé est très sensible, car il décèle la présence de la globuline, alors même que la quantité est si faible que l'on n'obtient pas de précipité par la chaleur. Le coagulum ainsi produit est séparé par filtration, et sur le liquide filtré on peut faire agir, sans crainte d'erreur, les réactifs ordinaires de la sérine.» (Jaccoud, cliniques de la Pitié 1886.)

Quand on veut doser approximativement la quantité d'albumine contenue dans une urine, le procédé le plus simple est l'emploi du procédé d'Esbach qui se base sur la hauteur du dépôt formé dans un tube gradué après coagulation par une solution d'acide picrique acidifiée par l'acide citrique. Le tube qui constitue l'albuminimètre d'Esbach a été gradué par une série d'essais préliminaires ; le médecin qui s'en sert n'a qu'à suivre la marche que voici. On mélange dans des proportions données, qui se trouvent indiquées sur les parois mêmes du tube, l'urine et le réactif, qui se prépare à chaud suivant la formule :

Acide picrique en cristaux........	10 gr.
Acide citrique pur..............	20 gr.
Eau............................	Q. S.

pour un litre.

Le mélange d'urine et de réactif étant fait, on bouche le tube et on le retourne dix à douze fois sans agiter, et on laisse reposer pendant 24 heures dans la position verticale, à l'abri de toute secousse. L'échelle ne dépasse pas 7 pour 1000. Si la proportion d'albumine est supérieure à ce chiffre (ce qui n'est pas fréquent), il faut diluer l'urine ou confier l'analyse quantitative à un chimiste. D'autre part, l'appareil d'Esbach ne permet pas de doser des quantités d'albumine inférieures à 1 gr. par litre. Mais cet écart de 1 à 7 gr. est bien suffisant dans la pratique.

Au point de vue des quantités d'albumine, Lecorché divise les albuminuries en 3 catégories : albuminurie maxima qui dépasse 5 gr. par litre ; albuminurie moyenne de 0 gr. 30 à 5 gr. ; albuminurie minima de 0 gr. 003 à 0 gr. 33.

Or, pour les albuminuries minima il est bon de savoir que toute urine qui donne par la chaleur et l'acide nitrique un trouble apparent contient au moins de 5 à 10 centigr. d'albumine par litre.

Dans les solutions d'albumine contenant 1 centigramme par litre, le réactif de Tanret par contact à froid donne déjà un anneau albumineux, bleuâtre un peu diffus, et par diffusion à chaud une opalescence laiteuse.

V

Je terminerai ce résumé de technique urologique des urines albumineuses en disant quelques mots de la RECHERCHE DES PEPTONES ; celle-ci est plus délicate, et dans la pratique, la réaction que j'ai indiquée plus haut avec le réactif de Tanret en chauffant et en refroidissant alternativement peut suffire à donner des renseignements déjà précieux.

Mais, pour être complet, j'ajouterai les suivants pour ceux de mes lecteurs qui seraient désireux de pousser un peu plus loin leurs recherches sans avoir recours à leur pharmacien.

A. La *propeptone* ou *hémi-albumose* a, comme réaction caractéristique de précipiter à froid par le chlorure de sodium en excès en présence de l'acide acétique.

Il faut s'assurer d'abord que l'urine ne contient pas d'albumine. Si elle n'en contient pas, on acidifie par l'acide acétique, puis on ajoute du sel marin en poudre ou partie égale d'une solution saturée de ce sel. S'il se produit un trouble, c'est que l'urine contient de l'hémialbumose. En chauffant, on fait disparaître ce trouble, qui reparaît par le refroidissement.

Si l'urine est albumineuse, pour la débarrasser de l'albumine, on sature l'urine de chlorure de sodium et on ajoute de l'acide acétique. On porte à l'ébullition et on filtre à chaud. L'albumine coagulée reste sur le filtre, et si l'urine contient en outre de l'hémialbumose, un précipité apparaîtra dans le liquide filtré et refroidi après addition d'un nouvel excès de chlorure de sodium.

La propeptonurie n'est pas rare, elle a été observée dans les maladies les plus disparates, n'ayant probablement d'autre lieu que des troubles de la digestion gastrique des albuminoïdes ou des troubles de la nutrition (ostéomalacie, pneumonie, cancer de l'œsophage ou du péritoine, apoplexie et hémiplégie, endocardites, fièvre typhoïde, affections puerpérales, tuberculose pulmonaire, dermatoses).

B. Pour rechercher la peptone proprement dite dans l'urine, il faut faire trois opérations successives :

1° Précipiter l'albumine et la mucine (Hofmeister). Pour cela on ajoute une petite quantité de solution d'acétate neutre de plomb ; on fait bouillir et on filtre ; l'urine est en même temps décolorée et débarrassée d'albumine.

Ou bien on ajoute à un demi-litre d'urine 10 cc. d'une solution d'acétate de soude. On laisse couler goutte à goutte sur ce mélange une solution de perchlorure de fer jusqu'à ce que le liquide prenne une teinte rouge. On neutralise avec une solution alcaline jusqu'à réaction neutre ou faiblement acide. On fait bouillir et on filtre après refroidissement. Le liquide ainsi obtenu ne doit plus contenir d'albumine ; il ne doit pas se troubler par l'acide acétique et le ferrocyanure de potassium.

Alors, 2° on précipite la peptone. Pour cela on ajoute à l'urine un dixième de son volume d'acide chlorhydrique.

On y verse une solution chlorhydrique de phospho-tungstate de soude jusqu'à ce qu'il ne se fasse plus de précipité. On filtre ; on lave le précipité recueilli sur le filtre avec de l'eau ondulée d'acide sulfurique à 4 pour 100. Ce précipité est chauffé ensuite au bain-marie dans une capsule avec de l'hydrate de baryte ; après ébullition, le liquide filtré contient la peptone en solution.

Enfin, 3° on démontre la présence de la peptone dans cette solution par la réaction dite du biuret.

Celle-ci consiste à ajouter successivement à la liqueur deux gouttes de lessive de soude, puis quelques gouttes d'une solution de sulfate de cuivre à 2 p. 100 ; on obtient alors une coloration rose qui vire au rose-violet et même au violet-pourpre suivant la proportion de peptone contenue dans la liqueur.

Il est bon de faire remarquer en passant que la présence de la peptone dans l'urine empêche complètement la réduction des sels de cuivre par le sucre urinaire ; il est donc bon, quand on soupçonne la glycosurie chez un individu et qu'on n'obtient pas de résultat positif avec les réactifs cupriques, de contrôler cette épreuve à l'aide d'autres réactifs (potasse, bismuth, etc.)

Les détails précédents suffisent, je pense, pour que tout praticien puisse tirer parti lui-même de l'analyse des urines albumineuses au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.

Je demande pardon à mes lecteurs de cette longue causerie aride qui n'apprendra rien de nouveau à beaucoup d'entre eux, mais qui pourra être utile à quelques-uns, en leur remettant en mémoire des choses qu'ils ont oubliées ou n'ont jamais su qu'imparfaitement.

Maintenant je vais pouvoir donner satisfaction à ceux qui m'ont consulté sur le côté clinique et thérapeutique des albuminuries.

P. LE GENDRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Affaire Solêmes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA SARTHE

Présidence de M. le docteur GARNIER.

Rapport de la commission.

EXTRAITS :

Messieurs,

Depuis quatre années environ, M. Rivière, pharmacien, au Mans, dépose le long de la quatrième page de la presse extra-médicale de Paris, des journaux, grands et petits, de tous genres et de toutes couleurs, du *Petit Journal* surtout dont le grand tirage est un excellent moyen de propagande, et jusque dans les *petits établissements intimes* de Paris et de notre région, l'annonce d'une *méthode infaillible* de traitement de toutes les maladies ; il suffit au malade « *qui veut guérir* » d'envoyer à l'inventeur un timbre de 15 cent., et la brochure est à lui: la modicité de ce prix prouve assez le « *but humanitaire* » de l'auteur. Mais celui-ci se garde bien de se nommer, et l'annonce est faite au nom de M. Solêmes, membre correspondant de Sociétés de médecine au Mans.

Ci-contre quelques-unes de ces réclames parues dans le *Petit Journal* à des dates diverses.

GUÉRISON RAPIDE ET SANS FRAIS

M. SOLÊMES, Membre correspondant Sociétés Médecine, au Mans, envoie Méthode cachetée, dans un but humanitaire contre timbre de 15 cent. Maladies contagieuses, échauffements, chancres, vices du sang, dartres, eczemas, démangeaisons, plaies des jambes, hémorrhoïdes, asthme, toux, catarrhes, bronchites.

POUR 3 SOUS

C'est-à-dire contre 1 timbre envoyé à M. *Solêmes*, membre correspondant de sociétés de médecine *au Mans*, on reçoit, cachetée, la méthode nouvelle, permettant à chacun de guérir, seul et sans frais, goutte, rhumatismes, toux, bronchites, dartres, eczémas, plaies, hémorrhoïdes, maladies secrètes, échauffements, etc., maladies d'estomac, névralgies, manque de sang, étourdissements.

LA MALADIE CONTAGIEUSE

la plus rebelle est sûrement arrêtée

en 5 minutes.

Quelques jours suffisent ensuite pour la guérir radicalement et sans aucun danger. Ne prenez plus de drogues malsaines ; adressez-vous à M. *Solêmes*, membre correspondant de sociétés de médecine au Mans, qui dans un but humanitaire, envoie la méthode gratis et cachetée contre 1 timbre de 15 c.

Comme on le voit, ces différentes annonces visent un seul et même but : donner à « qui veut la santé » le moyen de guérir « sans frais » (« pour 3 sous ») les maladies en « cinq minutes ».

....

Vient ensuite un petit livre très amusant.

C'est bien réellement le « Guide de la Santé » ; car dans différents chapitres l'auteur passe en revue toute la pathologie interne et externe ; toutes les maladies, secrètes ou non, sont tributaires de la méthode « algérienne », depuis la phtisie jusqu'au cancer, en passant par les bourdonnements d'oreilles. L'on y voit employée et préconisée toute une matière médicale complètement inconnue, comprenant, entre autres médicaments, le « Trona ferrugineux », les « Cellules de Térébène, la poudre d'Aquila mitigée », la « Barbaloïne et la bi-Barbaloïne, la Thénardite, le Chalcantun quercitanné, l'Elixir végétal au Gentisin », et autres produits que l'on chercherait en vain dans un « Codex ou un Formulaire » quelconque..........

Un « Avis important », placé à la fin du petit livre, avertit le lecteur que ces médicaments sont préparés au « laboratoire de la pharmacie Rivière, au Mans », et la brochure se termine par le prix courant de ces produits n'indiquant pas précisément le but purement « humanitaire » poursuivi par l'auteur...

Au début de son petit commerce, M. Rivière, dit Solêmes, se contenta de se dire « membre correspondant de la Société de médecine, au Mans ». Quelle Société de médecine ? La nôtre ? Nous reviendrons sur ce point. Puis sa valeur scientifique croissant sans doute en raison du nombre de ses réclames et de l'extension de sa méthode thérapeutique, il devint « membre correspondant de Sociétés de Médecine et d'Hygiène, au Mans ».

M. Solêmes, entouré de cette auréole scientifique, acquit bien vite une notoriété indiscutable parmi les nombreux malades confiants jusqu'à l'aveuglement dans tout ce qui s'imprime ; bon nombre de pharmaciens et de nos confrères ont reçu la demande de l'adresse du docteur Solêmes ; et l'on avait grand peine à leur persuader que ce M. Solêmes était un mythe, et que ce nom cachait la personnalité d'un pharmacien de deuxième classe.

Est-il certain que ces deux noms désignent une seule et même personne ? Assurément, oui. N'eussions-nous que l'examen des pièces précédentes, la certitude serait établie. De plus, dans certaine circonstance, M. Rivière a reconnu que le nom de Solêmes était son prénom, et qu'il se désignait ainsi dans les réclames du « Petit Journal ». En outre, lorsqu'un malade se présentant à la pharmacie Rivière, demande M. Solêmes, médecin, il est reçu par M. Rivière lui-même, qui se prétend le beau-frère de M. Solêmes. C'est du pur vaudeville.

Au début, je le répète, « la Société de médecine » avait seule accordé à M. Solêmes le titre de membre correspondant. Mais quelle Société de médecine ? Car s'il n'y a qu'une Académie de médecine en France, il existe autant et même plus de Sociétés de médecine qu'il n'y a de départements.

....

A cette époque, la Société de médecine de la Sarthe s'était émue ; elle craignait, à bon droit du reste, que le public ne se méprît, et que ce M. Solêmes, habitant Le Mans, ne passât pour être l'un de ses membres.......................................

C'est alors que notre président reçut une lettre à l'adresse : « M. le Directeur, membre de la Société de Médecine, au Mans », émanant d'un habitant de Besançon, demandant la méthode de guérir une maladie vénérienne invétérée : il avait du reste eu le soin de joindre un timbre de 15 c., comme il est recommandé.

La Société de médecine fut fort émue à cette communication.

Votre Commission a été unanime à penser que nous devions, non point essayer d'enrayer ce débordement de réclames à outrance, non plus que

nous ériger en conseil d'enquête, mais bien de chercher les moyens de dégager l'honorabilité et la dignité du corps médical en général, de celui de la Sarthe et de la ville du Mans en particulier, ainsi que la Société de médecine de la Sarthe.

S'agit-il d'une action judiciaire, de poursuites légales ? Nous croyons être désarmés............

En effet, M. Solêmes s'est bien gardé de se dire membre correspondant de « la Société de médecine du Mans »,il s'est contenté de se dire « membre correspondant de la Société de médecine au Mans ». Remarquez qu'il n'a pas écrit « du Mans ». C'était une façon subtile, adroite, de donner le change tout en se maintenant dans les limites de la légalité stricte. Nous disons adroite, nous ne disons pas délicate : nous n'insistons pas.

Nous croyons savoir que M. Solêmes serait membre correspondant de la Société de médecine d'Angers, peut-être aussi du Nord. Mais là se pose la question suivante : la Société de médecine d'Angers a-t-elle accordé ce titre à M. Solêmes, ou à M. Rivière, pharmacien diplômé de l'école d'Angers, qui se cache sous le pseudonyme précédent ? La réponse n'est pas douteuse. Il est indiscutable que c'est à M. Rivière, pharmacien, qu'a été décerné le titre de membre correspondant, et non, à M. Solêmes, personnage imaginaire. Car la Société de médecine d'Angers n'eût pas, nous l'affirmons, prêté la main à ces jongleries. Il y a là ce qu'on appelle, en droit, erreur sur la personne, et il suffirait que ce fait fût signalé à nos confrères d'Angers pour qu'ils se hâtassent de mettre un terme à cet état de choses.

Pareille démarche serait faite aux autres Sociétés sérieuses dont M. Solêmes est membre correspondant, et, à en juger par les sentiments que nous éprouverions si pareil fait nous était signalé pour l'un de nos membres, nous ne doutons pas un seul instant que ces Sociétés ne nous soient infiniment reconnaissantes de notre avertissement.

....

D'autre part, que tous ces titres dont se pare M. Solêmes, lui soient réellement acquis (c'est-à-dire acquis à M. Rivière, bien entendu), nous voulons bien l'admettre. Mais alors il est hors de doute qu'il ne les a sollicités que pour entourer ses réclames d'un lustre pseudo-scientifique. Car à côté des annonces faites au nom de M. Solêmes paré de ses titres, se lisent dans les mêmes feuilles, d'autres annonces sous le nom véritable du pharmacien, c'est-à-dire de M. Rivière, purement et simplement, sans le moindre titre scientifique.

A. — Votre Commission, Messieurs, à l'unanimité de ses membres, a l'honneur de vous proposer de voter les conclusions suivantes :

1° *Le corps médical du département de la Sarthe et de la ville du Mans en particulier, ne renferme aucun médecin du nom de Solêmes;*

2° *Sous le nom de Solêmes, membre correspondant de Sociétés de médecine, au Mans, se cache la personnalité de M. Rivière, pharmacien au Mans, qui n'a jamais, à aucun titre, fait partie de la Société de médecine de la Sarthe.*

Par cette déclaration, la Société de médecine de la Sarthe dégage l'honorabilité et la dignité du corps médical, en général, du département de la Sarthe et de la ville du Mans, en particulier, repousse énergiquement tout ce qui tendrait à faire supposer que ce soi-disant Solêmes est compté au nombre de ses membres, et proteste hautement contre les agissements éhontés et les réclames scandaleuses de ce pharmacien.

B. — Votre Commission, Messieurs, a l'honneur en outre de vous proposer, à l'unanimité, de voter :

1° Que cette déclaration soit envoyée aux Sociétés de médecine dont M. Rivière fait partie en qualité de membre correspondant, en les avertissant que M. Rivière prend le nom de Solêmes, sous lequel il fait paraître les annonces en question ;

2° Que ce rapport soit communiqué au Syndicat de la presse médicale de Paris, ainsi qu'à la presse locale et régionale.

Le Mans, le 2 septembre 1889.

LES MEMBRES DE LA COMMISSION :

Dr Bourdy, Dr Le Bail, Dr M. Fouchard, rapporteur.

Nous croyons devoir reproduire la réponse de M. Rivière parue dans un journal du Mans :

« Je déclare ne pas faire partie de la Société de médecine du Mans ; mais je suis, au grand regret de celle-ci, membre correspondant de *plusieurs autres* Sociétés de médecine.

Si mes réclames sont faites sous mon *prénom* (*Solêmes*), c'est qu'il existe non loin du Mans, un autre pharmacien du nom de *Rivière* comme moi et que pour ce motif il était indispensable de garantir mes annonces et les produits indiqués sur mes prospectus d'un autre nom que celui de *Rivière*.

Le Mans, 19 octobre 1889.

Solêmes Rivière.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

La revaccination obligatoire dans les écoles et l'arrêté ministériel du 20 Décembre 1888,

Par M. Lardier, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le 20 Décembre 1888, M. E. Lockroy, alors ministre de l'Instruction publique, prenait un arrêté, dont l'importance n'a pas été, dès l'abord, appréciée à sa juste valeur. Cet arrêté, au point de vue de l'hygiène publique, de la prophylaxie de la variole, marquait un progrès considérable. Les dispositions qu'il renfermait contenaient implicitement, comme nous le prouverons tout à l'heure, l'obligation de la vaccination en France. Cette obligation, que ne cessent de réclamer avec une persistance que nous approuvons fort, tous les corps savants, toutes les sociétés médicales, nous la possédons depuis le 20 décembre 1888. Et nous avons dédaigné de lire et d'appliquer l'arrêté du Ministre !

Grâce aux dispositions contenues dans cet arrêté, nous pouvons donc dire que la vaccination est *de fait*, actuellement, obligatoire en France, bien qu'elle ne soit *légalement* pas encore obligatoire.

Voici l'arrêté du 20 décembre 1888 :

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

« Vu le décret de l'arrêté du 18 janvier 1887,

« Vu le réglement scolaire modèle des Ecoles « primaires élémentaires,

« Le conseil supérieur de l'Instruction publique « entendu,

« Arrête :

« L'article 2 du règlement scolaire, modèle des « Ecoles primaires élémentaires, est modifié ainsi « qu'il suit :

« Tout enfant dont l'admission est demandée « doit présenter à l'Instituteur un bulletin de nais- « sance et *un certificat médical* constatant qu'il « a été vacciné ou qu'il a eu la petite vérole, et « qu'il n'est atteint de maladies ou d'infirmités de « nature à nuire à la santé des autres élèves.

« *Lorsque l'enfant a atteint sa dixième an-* « *née, il doit, pour être admis au maintien dans* « *l'école, être vacciné par les soins du Médecin* « *attaché à l'école ou délégué à cet effet par* « *l'administration scolaire.*

« L'Instituteur doit conserver le Bulletin de « naissance et les certificats de vaccination tant « que l'enfant fréquente l'école. »

Signé : E. LOCKROY.

Sans doute, il s'est passé dans le restant de la France ce que nous avons vu dans les Vosges. Les Inspecteurs d'académie ont appelé l'attention des instituteurs sur l'arrêté ministériel, et cela a paru leur suffire. Personne ne s'est préoccupé d'en faire entrer sérieusement les dispositions dans la pratique.

M. Thouvenin, inspecteur d'académie à Epinal, avait insisté d'une façon toute particulière, quand il adressait à ses subordonnés la petite note suivante :

« N. B. A cette occasion, je crois devoir rappeler « aux instituteurs et intitutrices des Vosges *la* « *stricte observation* des dispositions du règle- « ment des Ecoles touchant la vaccination et la « revaccination lorsque l'élève a plus de dix « ans. »

Malgré cela, les revaccinations scolaires n'ont pas eu lieu dans les Vosges. C'était fatal. Où était la sanction ? Le renvoi de l'élève. Quel instituteur aurait été assez audacieux pour dire à ses élèves âgés de plus de dix ans : « Pour être « admis au maintien dans l'école, etc....., allez « vous faire revacciner, et revenez avec un cer- « tificat médical. » Il aurait soulevé, de la part des parents des protestations sans nombre. Il devait reculer...... et il a reculé..... bravement.

Car, aux termes du règlement, ce n'était pas à lui qu'incombait le soin de le faire appliquer.

Pour cela, il fallait trouver dans l'autorité supérieure du bon vouloir et une main ferme. Il fallait ne pas croire que les dispositions visées dans l'arrêté n'étaient rien moins qu'une simple formalité, mais il fallait aussi savoir que derrière elles se dressait une question d'hygiène publique, de police sanitaire de premier ordre. Le ministre l'avait compris ; les fonctionnaires, placés sous ses ordres, n'en étaient pas encore là.

Pour n'avoir pas été appliqué jusqu'à cette heure, le réglement ministériel n'en conserve pas moins toute sa valeur, toute sa force.

Le corps médical des Vosges a fait, ces mois derniers, une enquête sur le service de la vaccination dans notre département. Nous avons appelé l'attention du préfet et du conseil général sur la façon tout à fait défectueuse dont ce service était organisé chez nous. L'administration préfectorale avait compris l'importance des réformes que nous réclamions et avait demandé au conseil général d'établir dans les Vosges un service de vaccination irréprochable.

Le Conseil général s'y est refusé pour des motifs que nous discuterons certainement quelque jour. Les objections présentées sont en opposition formelle avec les données les plus récentes et les moins contestées de la science et de l'hygiène. Puisque les membres du Conseil général ont été induits en erreur, notre devoir strict est de lui faire connaître, de lui faire toucher du doigt, la vérité.

Au cours de ces discussions, l'arrêté ministériel du 20 décembre 1878, inopinément, a revu le jour. Cet arrêté touchait à une grave question d'hygiène publique, et puisque l'administration n'avait pas cru devoir prendre sur elle de le faire appliquer dans notre département, les médecins qui sont, eu égard à leurs fonctions, les gardiens naturels de la santé publique, avaient le devoir de signaler au pouvoir cette lacune préjudiciable aux intérêts de la population.

A la réunion générale des associations médicales des Vosges, le 16 octobre dernier, à Epinal, nous avons saisi nos collègues de cette question. Un point très important demandait à être éclairé. Il s'agissait de savoir — puisque la vaccination et la revaccination ne sont pas encore obligatoires en France — dans quelle mesure l'arrêté ministériel devenait obligatoire pour les intéressés. Diverses personnes, que j'avais consultées à ce sujet, étaient d'avis opposés. Pour sortir du doute, pour être sûr de marcher sur un terrain solide, je priai notre distingué conseil judiciaire Me Maud'heux, bâtonnier de l'Ordre des avocats à Epinal, d'élucider le point en litige.

Je lui écrivis donc :

« Monsieur et cher maître,

....

« Il est bien entendu qu'aux termes de l'arrêté « ministériel que je viens de vous citer, l'institu- « teur ne devra recevoir à son école que les en- « fants (âgés de plus de dix ans) qui seront por- « teurs d'un certificat de revaccination. Au cas « où l'un de ces enfants ne présenterait pas le « certificat exigé, le devoir du maître serait de « lui refuser l'entrée de l'école.

« Aux termes d'un autre arrêté, il résulte que « le père d'un enfant, absent de l'école sans mo- « tifs plausibles, peut être condamné pour n'a- « voir pas observé la loi.

« Nous voudrions savoir si, dans l'espèce, le « juge de paix peut et doit condamner un père « de famille qui se sera refusé à faire revacciner « son enfant, ainsi que le prescrit l'arrêté minis- « tériel.

« L'Instituteur se trouve dans l'obligation de « refuser l'entrée de l'école à l'enfant qui n'aura « pas satisfait aux exigences de l'arrêté ministé- « riel.

« Le père semble devoir encourir une pénalité, « puisque son enfant ne fréquente pas l'école.

« D'autre part, la vaccination et la revaccina- « tion ne sont pas encore obligatoires en France ;

« Il ne nous est pas facile de discerner dans ce

« fatras jusqu'où peuvent aller les obligations de « l'instituteur, celles du médecin-inspecteur, et « les droits du père de famille.

« Enfin, nous désirons savoir si les enfants, fré- « quentant les écoles libres, sont astreints aux « mêmes obligations.

« Veuillez agréer..............................

Le Président de l'Association Syndicale des médecins des Vosges,

Dr Lardier.

Voici la réponse de M. Maud'heux, à la haute autorité duquel nous nous plaisons à rendre hommage en passant :

Paris, 10 octobre 1889.

Monsieur le Président,

« Votre lettre du 8 courant m'a été transmise à « Paris, où je n'ai pas sous la main l'arrêté minis- « tériel du 20 décembre 1888, et la loi scolaire. « Des citations que vous m'en faites paraissent « se dégager d'une manière suffisamment nette « les droits et les devoirs du médecin, de l'insti- « tuteur, du père de famille et du magistrat.

« L'Instituteur doit exiger le certificat médical « prévu par l'arrêté ministériel quand l'enfant « demande son admission à l'école, et le certifi- « cat de revaccination quand l'enfant a atteint sa « dixième année. A défaut de ces certificats, il « doit refuser l'entrée de l'école.

« Le père de famille ne peut refuser d'obéir à « la loi.

« Il y désobéit, lorsqu'il ne procure pas à son « enfant les certificats exigés. Si pour ne les point « posséder, l'enfant n'est pas reçu à l'école, c'est « véritablement sans motifs légitimes qu'il est « absent. Dans ce cas, le père encourt les pénali- « lités prononcées par la loi, et le magistrat doit « les appliquer sans hésitation.

« Le médecin-inspecteur de l'école doit veiller « à l'observation des prescriptions de l'arrêté mi- « nistériel par l'instituteur, et signaler, le cas « échéant, la violation aux chefs hiérarchiques de « celui-ci.

« Enfin la loi scolaire s'impose à toutes les éco- « les et à tous les instituteurs communaux ou li- « bres. Il me paraît en être de même de l'arrêté « ministériel du 20 décembre 1888, à moins qu'il « n'ait dit lui-même le contraire. C'est en effet un « règlement d'hygiène, de police sanitaire, d'in- « térêt public, utile dans toutes les écoles, et par « cela même, applicable à toutes.

« Agréez, etc..

« Maud'heux. »

La lettre de M. Maud'heux est, on le voit, très catégorique, très explicite. Elle nous montre à tous, les limites de nos devoirs et de nos droits. Elle mérite d'être connue, divulguée, d'avoir le plus de retentissement possible.

Cette lettre a été lue à notre réunion générale du 16 octobre, et l'assemblée, après une discussion des plus intéressantes, a voté les conclusions suivantes :

« *L'Association syndicale des médecins des « Vosges appelle l'attention de M. le Préfet des « Vosges sur l'arrêté ministériel du 20 décem- « bre* 1888, *qui n'est pas appliqué dans le dépar- « tement. Il importe au plus haut degré à l'hy- « giène publique que ces prescriptions d'intérêt « général soient mises en pratique le plus promp- « tement possible.*

« *L'association syndicale des médecins des « Vosges prie M. le Préfet des Vosges de faire « procéder aux revaccinations dans les écoles « par les médecins-inspecteurs et, dans l'intérêt « des populations, d'organiser ce service confor- « mément aux prescriptions contenues dans « l'arrêté ministériel du* 20 *décembre* 1888. »

Avant d'aller plus loin nous devons nous poser cette question : Les exigences imposées par l'arrêté ministériel ont-elles une réelle utilité ? Est-il nécessaire que de nouvelles inoculations vaccinales, préservatrices de la variole, soient effectuées à partir de l'âge de dix ans ?

Il n'entre pas dans mon programme de discuter, au point de vue scientifique, la durée de l'innocuité acquise par une première inoculation, de rechercher à partir de quel moment cette innocuité est abolie, perdue. La question a été jugée par des observateurs dont les opinions et les expériences font loi en médecine. Je veux rester sur le terrain des faits. Et les faits parleront pour nous.

Dans le canton de Rambervillers, le docteur Pernet et moi, nous avons pris l'initiative, chacun dans notre circonscription respective, d'appliquer l'arrêté ministériel du 29 décembre 1888. Notre tâche, qui s'annonçait devoir être assez ardue, a été facilitée, d'abord parce que nous n'avons pas trouvé de la part des parents ou de celle des enfants, la moindre résistance, ensuite parce que nous avons puisé, dans les envois qui nous ont été faits par l'Académie de médecine, les quantités de pulpe vaccinale (vaccin de génisse) nécessaire à nos inoculations. Au total, les enfants vaccinés par le docteur Pernet et par moi atteignent à peu près le chiffre respectable de *mille.*

Et pour prouver que l'arrêté ministériel doit être appliqué dans toute sa vigueur, pour démontrer qu'il est d'une utilité incontestable, nous ferons connaître le chiffre des succès de nos inoculations. Ce chiffre, après des constatations très scrupuleuses, très consciencieuses, dépasse 60 % (exactement 61,8 %).

Voilà plus de 60 enfants sur cent qui, bien que vaccinés une première fois, étaient susceptibles, dès l'âge de dix ans, de contracter la variole. Qui ne reconnaîtrait la haute valeur de ces faits, qui oserait affirmer que les revaccinations des enfants, à partir de dix ans, ne sont pas une mesure salutaire au premier chef, prophylactique au plus haut degré, et j'ajoute nécessaire, indispensable.

Faut-il rappeler que les résultats obtenus par les médecins militaires, revaccinant d'office les recrues à leur arrivée au corps, sont sensiblement les mêmes ? Faut-il dire que ces mêmes résultats, nous les avons obtenus dans la revaccination des employés de la Cie des chemins de fer de l'Est, revaccination qui, grâce à la ferme et intelligente initiative du Dr Créquy, est devenue obligatoire pour tous les agents de cette compagnie.

Nous ne nous étonnerons plus, après cela, des chiffres relevés dans les statistiques officielles et administratives, au sujet du nombre des varioleux, et des décès par suite de variole, constatés en 1870-71. Il y a eu, à cette époque, dans les Vosges, 7,500 cas de variole, sur lesquels 1700 sont morts et 900 sont restés défigurés. N'est-ce pas horrible ? et cela pour une maladie évitable au premier chef, contre laquelle nous possédons une arme sûre, absolument sûre.

Je le dis hautement : Notre devoir, à nous médecins, est tout tracé. Nous devons combattre par la vaccination et la revaccination à outrance, guidés par l'unique souci d'éviter des catastrophes semblables à celle qui a décimé notre pays durant l'année néfaste. Ces catastrophes sont évitables, j'insiste sur ce point ; et nous serions coupables de ne pas tout tenter pour en empêcher le retour.

Mais plus coupables sont encore ceux d'entre nous, qui, péchant par ignorance — *laudatores temporis acti* — s'en vont devisant, le cœur léger et l'âme insouciante, traitant toutes ces graves questions de grands enfantillages, nous barrant le chemin vers le progrès et vers l'hygiène, et se donnant pour les seuls détenteurs de la vérité. Mais écarquillez vos yeux, et lisez ces chiffres ; ils sont terribles et aveuglants ; et si vous ne voulez pas comprendre leur éloquence, c'est à désespérer de votre intellect.

La nécessité d'appliquer, dans toute leur rigueur les dispositions contenues dans l'arrêté ministériel du 20 décembre 1888, ne saurait donc faire de doute pour aucun esprit sensé, pour aucun médecin ou aucun administrateur soucieux de sauvegarder la santé de ses concitoyens. Mais son application est-elle aisée ? Et, si elle ne l'est, comment pourrons-nous la rendre facilement applicable ?

Il semblait, de prime abord, que l'administration n'ait directement à intervenir que pour assurer l'exécution du règlement. Ce serait, en somme, aux pères de famille qu'incomberait le soin de faire revacciner leurs enfants, de se procurer les certificats de vaccination et de revaccination exigés par le règlement scolaire. Pour l'admission des jeunes gens dans les établissements d'instruction secondaire, ou dans les écoles du gouvernement, les choses se passent de cette façon : ce même mode de procéder est-il applicable aux écoles primaires ? Ce n'est pas mon avis.

Car c'est ici que nous commençons à nous heurter aux difficultés. Si nous laissons aux instituteurs le soin de faire appliquer le règlement, ils n'oseront certainement pas résister avec l'énergie nécessaire, aux protestations, aux récriminations des parents. Ce qui s'est passé, depuis le 20 décembre 1888, en est une preuve. L'arrêté ministériel, eu égard à la timidité forcée, ou à l'incompétence obligée des instituteurs, est allé rejoindre les vieilles lunes. Si le corps médical ne s'était pas intéressé à cette œuvre d'hygiène générale, de prophylaxie, cet arrêté serait resté lettre morte. Et il importe au plus haut point à la santé publique qu'il n'en soit pas ainsi.

Quelle que soit la façon dont on envisage la question, il ne faut pas se dissimuler qu'il s'agit, dans l'espèce, d'un règlement de police sanitaire, d'hygiène publique. Il s'ensuit que l'administration préfectorale a la charge d'assurer ce service.

Dans les Vosges, notamment, on ne s'expliquerait pas que le service de la vaccination, faisant partie du groupe des services sanitaires, les revaccinations scolaires fussent distraites de ce cadre.

Au reste, le règlement ministériel ne laisse aucun doute à cet égard. Il y est dit, en effet, que *l'enfant doit être vacciné* PAR LES SOINS DU MÉDECIN ATTACHÉ A L'ÉCOLE OU DÉLÉGUÉ A CET EFFET PAR L'ADMINISTRATION SCOLAIRE.

Dès lors, l'initiative des pères de famille n'est plus en cause ; c'est le médecin officiel, c'est le médecin-inspecteur de l'école ou délégué à cet effet qui doit procéder aux revaccinations.

L'administration scolaire, et par le fait *l'administration préfectorale ne peut se soustraire à l'obligation que le règlement ministériel lui impose.* C'est à elle, et à elle seule, qu'incombe le soin de faire procéder à ses revaccinations qui sont obligatoires.

Aussi l'association syndicale des médecins des Vosges est-elle restée tout à fait dans l'esprit et dans la lettre de l'arrêté du 20 décembre 1888, en votant ces conclusions, à savoir : « *Qu'il importe « au plus haut point que ces prescriptions d'intérêt général soient mises en pratique le plus « promptement possible, et en priant M. le Préfet des Vosges de faire procéder aux revaccinations dans les écoles par les soins des médecins « attachés à ces établissements.* »

Ces conclusions, en exécution du vœu émis par nos collègues à notre réunion générale du 16 octobre 1889, nous les avons transmises à M. le Préfet des Vosges. Nous ferons connaître ultérieurement à nos confrères la suite qui y aura été donnée.

Mais dès à présent, nous appelons sur l'arrêté du 20 décembre 1888, l'attention des bureaux des syndicats médicaux de France. Nous les prions de mettre à l'étude cette grave question qui a trait non seulement à l'hygiène publique et à la prophylaxie de la variole, mais qui, par plus d'un côté, touche aussi aux intérêts professionnels de tous les médecins de campagne. Nous les convions à discuter les conclusions du syndicat médical des Vosges et à nous faire connaître, à notre prochaine assemblée générale de 1890, les résultats de leur intervention, dans leurs départements respectifs.

C'est à nous qu'il appartient de faire entrer dans la pratique les sages dispositions de l'arrêté ministériel du 20 décembre 1888. Nous y tiendrons la main, et ce faisant nous éprouverons la satisfaction de rendre un réel service à nos concitoyens. Espérons que dans un avenir prochain, nos efforts seront couronnés de succès.

Dr LARDIER.

Syndicat de Saint-Lô.

A Monsieur le Dr BARAT-DULAURIER.

Monsieur,

Dans le *Concours médical* du 16 novembre 1889 vous invitez les Syndicats qui s'associent à la protestation des médecins de Rodez de vous faire parvenir leur délibération.

C'est pour répondre à cette invitation que je porte à votre connaissance que le Syndicat de l'arrondissement de Saint-Lô, réuni en assemblée générale le 17 octobre dernier, a décidé à l'unanimité des membres présents de refuser son concours au parquet dans les expertises médico-légales.

Inutile d'ajouter qu'en prenant cette délibération, il *vise simplement les tarifs de* 1811, *mais non les magistrats qui liés par les textes, sont chargés d'en assurer l'exécution.*

Agréez, monsieur, mes sentiments confraternels.

Dr ALIBERT.
Secrétaire du syndicat.

Saint-Lô, le 25 novembre 1889.

REPORTAGE MÉDICAL

On a supprimé aux *Quinze-Vingt* la délivrance des médicaments aux malades qui fréquentent la clinique. Le *Répertoire de Pharmacie* réclame contre un abus semblable qui existerait à *l'Institution nationale des Sourds-muets*, où les médecins prescrivent aux malades des préparations désignées sous des noms de fantaisie et qu'on ne peut se procurer que chez les pharmaciens qui en connaissent la formule. Il appartient au ministre de l'intérieur de faire procéder à une enquête sur une pratique à l'existence de laquelle nous ne pouvons croire.

— M. le Dr *Fort* vient de publier un nouveau journal, bi-mensuel, des maladies des organes génito-urinaires, sous le titre de *Revue Chirurgicale*. Nous souhaitons la bienvenue à notre confrère.

— Lundi dernier a eu lieu à la mairie du IIIe arrondissement, le mariage de notre excellent ami, le Dr *Monin*, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique, avec sa charmante cousine Mademoiselle *Marie Monin*. Nombreuse et brillante était la foule d'amis qui étaient venus apporter aux jeunes époux leurs félicitations et leurs vœux.

— Mercredi, 27 novembre, intéressante séance à la *Société d'hygiène et de médecine publique*. M. le Dr Lament, de Rouen, a exposé ses idées sur la question de savoir si on doit ou non *faire bouillir le lait* pour les enfants élevés au biberon. L'Académie a dit non; M. Villemin dit oui; de la discussion n'a pas encore jailli la lumière ; ce sera pour une nouvelle séance. — M. *Blaise*, dans une lecture applaudie, a proposé pour *Bicêtre* l'isolement de certaines catégories d'aliénés. — Est venue ensuite une discussion très animée au sujet d'une lecture de M. *Bechman* qui a démontré que l'accord était complet entre les tendances du corps médical et celui des ingénieurs pour fournir dans le plus bref délai (3 ans au minimum) de l'eau de source à tout Paris. M. Ollivier a démontré à nouveau comment l'eau de Seine sème la fièvre typhoïde et la Société a émis à nouveau son vœu en faveur de l'adduction de l'eau de l'*Avre*.

— Le président de l'*Union des Syndicats* et le *Concours médical* ont soumis à l'administration le cas du *sieur comte de Brucq*. On leur a promis que les autorisations d'exercice accordées à des étrangers allaient être révisées. M. *Fallières*, ministre de l'instruction publique, semble disposé à faire cesser d'odieux abus. De là l'émotion qu'on signale parmi les nombreux étrangers qui exercent la médecine dans les stations hivernales. Qu'on établisse le système de la réciprocité absolue de l'exercice et l'examen suivi d'un avis motivé de la Faculté, et on verra s'abattre sur d'autres pays les médecins des facultés de Cincinnati, Philadelphie et autres, pour lesquels la France était pays béni pour ces oiseaux de proie et de passage. On a publié, récemment encore, les conditions auxquelles on obtient, in absentiâ et moyennant espèces, le brevet de docteur en Amérique.

— Le Dr *David*, nouveau député des Alpes-Maritimes, par son brillant début à la Chambre, avait obtenu l'adoption d'un article qui prohibe l'*emploi du phosphore blanc* si dangereux pour les ouvriers employés à la fabrication des allumettes, conformément au vœu émis par l'Académie sur la proposition Brouardel. Mais la proposition de loi dont faisait partie l'article de M. David, étant repoussée, il ne reste que l'effet moral du vote qui s'imposera au gouvernement, espérons-le, dans la mise en pratique du monopole qui lui appartient désormais. En tout cas, nous adressons nos félicitations à notre confrère le jeune député des Alpes-Maritimes.

— On vient d'inaugurer à Neuilly-sur-Seine, un hospice pour 50 vieillards et une salle pour les malades de la commune. Sa fondation a coûté 220,000 francs.

— Amusante histoire d'un homme d'affaires qui, sans se renseigner, marie sa fille à un jeune médecin, Faulquier, décoré, etc..., présenté par un autre médecin, le Dr Dibot. La dot dissipée, plainte du père contre Faulquier et Dibot. Le premier n'est plus médecin ni décoré, il est simple élève en pharmacie. Le second, Dibot, est médecin de Philadelphie. Le tribunal a, plaisamment, acquitté les prévenus de l'accusation d'escroquerie en décidant que l'homme d'affaires l'*était trop peu* !

— Nombreux sont les projets de loi devenus caducs par le renouvellement de la Chambre : ce sont : 1° la loi sur les aliénés ; 2° celle sur les logements insalubres ; 3° sur l'organisation des services d'hygiène ; 4° sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Doussin, de Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), présenté par M. le Dr Rigabert, de Sacy par Meaux.

M. le Dr Boudry, de Bussière-Badil (Bourgogne), présenté par M. le Dr Pradignac, à Moutteron (Charente).

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Les sciences biologiques en 1889, directeur Dr H. Labonne, membre du Concours médical.

Sommaire de la quatrième livraison :

Coup d'œil historique sur les idées dominantes en zoologie depuis l'antiquité jusqu'en 1889 (*Suite*) : Linné, Buffon, Oken, Gœthe et Cuvier.

L'anthropologie à l'Exposition de 1889, par le Dr Paul Topinard, avec une carte de France, indiquant les départements à types blonds ou bruns ; aperçus très curieux sur les couleurs des yeux et des cheveux.

Chimie médicale et biologique. Des hypnotiques (*Suite*) ; Etude comparative sur les meilleurs médicaments pour procurer le sommeil et l'insensibilité.

Les Peaux-Rouges de Buffalo-Bill, avec reproduction de deux photographies prises par le prince Roland Bonaparte.

Contribution à la matière médicale depuis 1789, par G. Planchon, directeur de l'École de pharmacie.

Les races Tunisiennes, par le Dr R. Collignon.

Prix de la livraison 1 fr. 25.

L'ouvrage complet, qui sera exactement la photographie des sciences médicales en 1889, coûtera 30 fr. aux souscripteurs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St André
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Encore l'épidémie de vaccine ulcéreuse de la Motte-au-Bois.

M. le Dr Decouvelaere (d'Hazebrouck), dont le nom a été prononcé à propos de cette épidémie, nous a écrit pour protester contre certaines inexactitudes du résumé que nous avons donné des faits portés à la tribune de l'Académie. S'il y a des inexactitudes dans notre compte rendu, elles ne sauraient nous être imputées ; car nous avons fait de notre mieux pour suivre pas à pas les descriptions données par M. Hervieux et par M. Leloir ; il est vrai que l'une et l'autre ne sont pas absolument concordantes. M. Decouvelaere nous dit que celle de M. Hervieux est exacte et il est en meilleure situation que personne pour en juger, puisque c'est lui, nous dit-il, qui « seul a vu les enfants au début des accidents, seul leur a donné des soins jusqu'à complète guérison et seul a pu suivre l'évolution des lésions dans les diverses phases » ; mais ce *n'est pas lui qui les avait vaccinés*, ajoute-t-il, ainsi que nous l'avions dit par erreur dans notre numéro 48. Nous nous empressons de rectifier cette inexactitude, dans les termes qu'il désire : Les vaccinations de la Motte-au-Bois n'ont pas été pratiquées par le Dr Decouvelaere (d'Hazebrouck). Il suffira d'ailleurs de se reporter au n° 39 pour voir quel a été le rôle de notre estimé confrère.

L'histoire de cette épidémie vaccinale a eu pour épilogue un échange d'observations à l'Académie entre M. Vidal, M. Hervieux et M. Besnier.

M. *Vidal* a rappelé que M. Commenge avait décrit une épidémie semblable observée par lui dans le 4e arrondissement de Paris.

Un rapprochement qui a frappé M. Vidal, c'est que dans cette épidémie la lymphe vaccinale n'avait été recueillie qu'au bout de 9 jours après l'inoculation de vaccin de génisse, de même qu'à la Motte-au-Bois la lymphe vaccinale a été prise sur des pustules de 8 jours, après inoculation de vaccin jennérien. Or dans des pustules un peu vieilles la lymphe peut être purulente ou au moins trouble, et M. Fouquier (de Montpellier) a montré que dans le vaccin de génisse blanchâtre et trouble existent des microbes qui, cultivés et inoculés à des génisses, ont produit chez elles des accidents analogues à ceux de la Motte-au-Bois.

M. Vidal établit aussi un rapprochement entre ces faits et les épidémies observées en Allemagne, à Elberfeld, etc. (dont nous avons parlé jadis), où, à la suite de l'emploi de vaccin de génisse altéré, on a vu des accidents chez près de 1,000 personnes, parmi lesquelles des adultes qui, sans avoir été vaccinés eux-mêmes, avaient seulement été en contact avec des vaccinés.

M. Vidal rappelle enfin que, d'après les expériences de M. Pourquier, des individus ayant eu de l'ecthyma vaccinal ont pu être peu de temps après revaccinés avec succès. Il se demande si les enfants vaccinés à la Motte-au-Bois ont eu véritablement une vaccination efficace, et s'il ne conviendrait pas de les vacciner de nouveau.

M. *Hervieux* a contesté la légitimité des rapprochements de M. Vidal ; les accidents observés par M. Pourquier avaient été observés après l'emploi du vaccin de génisse ; à la Motte-au-Bois il s'agissait de vaccin jennérien ; et en Allemagne on s'était servi d'une lymphe mélangée à diverses substances destinées à la conserver.

Dans les épidémies auxquelles M. Vidal a fait allusion, les pustules d'ecthyma prenaient naissance autour des piqûres d'inoculation et se généralisaient de proche en proche ; à la Motte-au-Bois, les accidents se sont développés au niveau même de la pustule et y sont restés limités. Il est difficile de savoir ce qu'étaient au juste les épidémies allemandes, elles ont été décrites successivement sous les noms d'impétigo-contagiosa, puis d'impétigo-vésicularis, et enfin d'herpès tonsurant. On ne sait pas davantage ce qu'a été l'épi-

démie de la Motte-au-Bois, mais ce n'était pas certainement la même chose.

M. *Besnier* a clos le débat, il faut l'espérer du moins, en en dégageant une moralité. Si on ne sait pas à quoi s'en tenir sur la nature de l'épidémie de la Motte-au-Bois, c'est qu'on s'est mal pris pour l'étudier. Lorsque pareil accident se présentera à l'avenir, ce n'est pas un seul de ses membres que l'Académie devra déléguer pour faire une enquête, mais toute une commission avec le matériel nécessaire pour instituer les recherches expérimentales indispensables sur la nature du virus.

Prophylaxie de la tuberculose.

La discussion a continué par trois discours de MM. Le Roy de Méricourt, Trasbot et Cornil : les deux premiers hostiles, le troisième favorable à la publicité des instructions proposées par la commission. Les arguments sont et resteront toujours les mêmes jusqu'au bout de cette discussion. D'une part, on fait valoir les raisons de sentiment et on atténue la force des raisons scientifiques, d'autre part on soutient que l'Académie ne doit avoir d'autre objectif que de dire la vérité scientifique.

Ainsi, M. *Le Roy de Méricourt*, tout en reconnaissant que la tuberculose est contagieuse, estime que cette contagion s'exerce faiblement en réalité : il cite à nouveau l'exemple si souvent invoqué du peu de cas de contagion observés dans l'hôpital de Brompton, à Londres, spécialement consacré aux phthisiques, ainsi que dans les sanatoria de Falkenstein, Gœrbersdorf et Davos. — Il fournit du reste lui-même la réfutation de son argument, en rappelant que dans ces établissements ce sont justement les précautions prises qui y rendent la contagion rare.

L'orateur dit que l'ébullition du lait n'est pas bien nécessaire, car il n'existe aucun cas authentique où la présence des bacilles dans le lait ait été constatée. (M. Cornil a plus tard réduit à néant cette affirmation ; Bang (de Copenhague) et lui-même ont vu souvent des centaines, des milliers de bacilles dans une goutte de lait.)

M. *Trasbot*, étant vétérinaire, a limité ses observations à la transmission de la tuberculose des bovidés à l'homme et entre bovidés. Il déclare que le Congrès de la tuberculose a exagéré le danger de la viande et du lait des animaux tuberculeux : ceux-ci deviennent de plus en plus rares, surtout à Paris et dans la banlieue depuis que l'hygiène des étables est mieux comprise. Il ne connaît pas un seul cas avéré de contagion de l'animal à l'homme. — M. *Nocard* a répondu à M. Trasbot en citant l'histoire récente d'un vétérinaire de Weimar, qui s'était blessé en 1885 en faisant l'autopsie d'une vache tuberculeuse : la plaie guérit, mais six mois après une tuberculose cutanée apparaissait au niveau de la cicatrice ; bientôt on constatait la tuberculisation des poumons et le vétérinaire succombait deux ans et demi après la blessure.

M. *Cornil* a défendu avec une force d'argumentation très grande le travail de la commission. La phthisie est-elle contagieuse ? — Il est impossible de le nier, en présence de trois preuves comme celles-ci.

L'enquête faite par la Société des hôpitaux de Paris auprès des praticiens français a constaté 113 cas positifs, indéniables, de transmission de la tuberculose, dont 107 entre maris et femmes, 38 entre frères et sœurs.

Un exemple récent de contagion dans un bureau d'une administration parisienne, observée avec un soin extrême par M. Marfan. Dans une grande administration et dans un bureau qui comptait vingt-deux employés il entra deux phthisiques en 1878 ; ils y vécurent plusieurs années, toussant et crachant, souvent sur le plancher, dans ce local exigu et mal aéré. Les employés arrivaient au bureau de bonne heure, au milieu d'un air chargé des poussières du balayage du matin. Treize d'entre eux ont succombé à la phtisie, de 1884 à 1889. Total quinze morts sur vingt-deux personnes vivant dans cette atmosphère confinée. La contagion a eu lieu probablement par l'air tenant en suspension les bacilles des crachats desséchés sur le plancher ou bien peut-être par des crayons, des porte-plumes contaminés.

Dans nos villes du continent européen, dans ces fourmilières d'hommes où nous côtoyons tout le jour des tuberculeux, il est le plus souvent impossible de préciser l'heure et le lieu d'une contagion, tant l'occasion en est fréquente et multipliée. Peut-être même acquerrons-nous une sorte de résistance due à ce contact journalier !

Mais l'évidence de la contagion s'impose lorsqu'on étudie l'importation de la tuberculose dans les contrées où elle était inconnue jusque-là. L'histoire de la colonisation nous en offre de nombreux exemples.

Les habitants de la côte de la Terre-de-Feu, les Fuégiens, qui vivent à peu près nus, dans une contrée pourtant assez froide, ne connaissaient pas la phthisie avant l'installation de la mission anglaise. La femme du pasteur, une phthisique, avait réuni dans une école un certain nombre d'enfants. Ces jeunes Fuégiens étaient logés, vêtus, placés dans de meilleures conditions apparentes d'hygiène que ceux qui vivaient en sauvages. Et cependant une mortalité effrayante sévit au milieu d'eux. Ce fut une véritable épidémie de phthisie aiguë. Le Dr Hyades, qui vit mourir presque tous ces enfants, qui fit l'autopsie de plusieurs, voulut que son observation fût ratifiée de la façon la plus formelle. Il enferma plusieurs de ces cadavres dans des tonneaux d'eau-de-vie et les amena avec lui à Paris ; leur nécropsie, pratiquée au laboratoire d'anthropologie a confirmé la justesse de son diagnostic.

La conviction de la contagiosité de la tuberculose s'impose absolument depuis que l'expérimentation sur les animaux a montré son inoculabilité, sa transmission par les voies lymphatiques sous-cutanées, par l'inhalation, par l'ingestion d'une quantité de bacilles même très minimes. Ces bacilles existent dans les crachats des phtisiques, se multiplient avec une grande puissance et pullulent dans les cavernes du poumon. Le pus sécrété par ces cavités ulcéreuses est plein de bacilles et ces bacilles conservent pendant des mois leur vitalité, leur virulence après la dessiccation complète ou même après la putréfaction des crachats.

C'est là que réside surtout le danger, soit pour le malade, soit pour son entourage. Pour lui, s'il déglutit ses crachats, il pourra se donner des ulcérations tuberculeuses de l'intestin : pour sa famille, pour ceux qui l'approchent, les crachats

pourront devenir la cause d'une propagation de la phthisie.

Pour combattre ce péril, il suffit que les malades ne crachent jamais que dans un crachoir de faïence ou de porcelaine qu'on puisse vider sur le feu, puis passer à l'eau bouillante ; que les mouchoirs avec lesquels ils s'essuient la bouche soient aussi passés à l'eau bouillante avant d'être donnés au blanchissage.

M. Cornil fait bon marché de la possibilité de la contagion par les viandes moins importante, moins commune, facile à éviter par la cuisson des viandes. Il est, en effet, rare de constater qu'un homme soit devenu tuberculeux après avoir mangé de la viande, telle qu'elle est mise en vente actuellement, après avoir passé par l'inspection.

Quant au lait, puisqu'il est certain qu'il peut contenir des bacilles, ne pas vouloir le faire bouillir ce serait exposer les enfants à des entérites tuberculeuses.

M. Cornil répond ensuite à ceux de ses collègues qui, en admettant le bien fondé et l'utilité de l'instruction que la Commission propose de publier, croient que la publication de cette instruction jettera le désarroi dans les familles.

Pour ce qui est de la publicité de l'instruction, en question, c'est un fait accompli. Tous les journaux l'ont reproduite et la discussion actuelle n'est pas faite pour en atténuer l'effet.

Si, au point où en sont les choses, l'Académie se refusait à renseigner le public et le gouvernement sur les moyens de s'opposer à l'extension de la tuberculose, elle aurait l'air de désapprouver le fond même de l'instruction rédigée par la Commission, c'est-à-dire de nier le danger de la contagion par les crachats, de mettre en doute la précaution qui résulte de leur désinfection. Elle assumerait cette responsabilité de donner une sécurité néfaste aux familles, aux administrations, au public et à l'Etat, et cela en dépit de ses convictions les mieux fondées.

Il est inadmissible que le rôle d'une Société comme l'Académie puisse être d'entretenir, dans le public l'ignorance des règles de l'hygiène propres à combattre un fléau tel que la tuberculose.

On objecte que les phthisiques seront mal soignés, abandonnés par leurs proches. Au contraire, l'entourage des malades, rassuré par les précautions que nous recommandons, se dévouera sans peur, sans arrière-pensée aux soins des malades.

Les malades, dit-on, seront éclairés sur le nom, sur la gravité de leur mal. Ce sera vrai pour quelques-uns ; mais aujourd'hui même, bien des malades savent qu'ils sont atteints de lésions tuberculeuses. Et quand ils seront renseignés sur leur état, ils prendront eux-mêmes des précautions propres à ne contaminer ni leurs enfants, ni leur femme. Pourquoi ne pas conseiller ces précautions pour la tuberculose quand on les ordonne pour toutes les autres maladies contagieuses ? On étonnerait à coup sûr M. Fournier si, au nom des bonnes relations familiales, on permettait à un syphilitique d'infecter sa femme et ses enfants. On agirait avec non moins d'imprudence en laissant un mari tuberculeux, porteur de cavernes, embrasser sa femme sur la bouche.

Il semble logique d'isoler dans les hôpitaux les diphthériques, les scarlatineux, les varioleux, etc.. Cela n'empêche pas les familles, les infirmiers, le personnel médical des hôpitaux, de les soigner avec tout le dévouement nécessaire. Il en sera de même des phthisiques.

Le devoir de l'Académie est de renseigner exactement le public et l'Etat sur les précautions à prendre contre l'extension de la phthisie. La société tout entière y est intéressée ; elle a le droit de se défendre, l'Etat a le devoir d'arrêter cette cause d'abâtardissement et de décroissance de la population.

CHIRURGIE INFANTILE

Causes, signes, diagnostic et traitement des abcès rétropharyngiens.

Il est peu d'affections de la première enfance où l'exactitude et la précocité du diagnostic soient aussi immédiatement que dans les abcès rétropharyngiens une question de vie ou de mort. Il en est peu qui, tant à cause de leur rareté relative que de l'obscurité de leurs symptômes, soient aussi facilement méconnues. Cette courte note a pour objet de résumer les grandes lignes de l'étiologie, des symptômes, du diagnostic et du traitement de cette affection.

I.

Les abcès rétropharyngiens s'observent surtout chez des enfants de moins d'un an. Jusqu'à deux et trois ans on en rencontre encore quelques cas. Ils deviennent ensuite fort rares. La statistique de Bokai (1) portant sur 142 cas recueillis à l'hôpital d'enfants de Pesth donne 86 abcès avant un an (60,5 0/0), 48 entre deux et trois (33,8 0/00), 8 seulement entre trois et sept (5,6 0/00). C'est donc chez des enfants incapables de donner le moindre renseignement sur le siège de leur mal qu'on aura 95 fois sur 100 à faire le diagnostic. Ce diagnostic pourra être d'autant plus aisément méconnu que l'affection est vraiment rare. A l'hôpital de Pesth, c'est à peine si la statistique a donné un enfant atteint d'abcès rétropharyngien sur 500 enfants soignés pour diverses maladies.

Comme causes immédiates on retrouve les mêmes causes d'irritation variées que dans tous les autres abcès ganglionnaires: lésions de la peau (eczéma et impetigo du cuir chevelu), lésions de la muqueuse buccale, nasale ou pharyngée (stomatites, coryzas, angines diverses). Ces lésions initiales sont souvent très légères, elles sont trop banales pour éclairer le diagnostic. C'est en déterminant des lésions analogues de la peau ou des muqueuses qu'agissent la syphilis héréditaire, la rougeole et la scarlatine, affections qu'on retrouve souvent dans l'étiologie des abcès rétropharyngiens.

II.

Les symptômes du début (fièvre, malaise, agitation) sont peu caractéristiques. Le premier symptôme important, parce qu'il appelle l'attention du côté de la gorge, est la *gêne de la déglutition*. L'enfant tète mal et lentement, il rejette souvent le lait qu'il avait commencé à prendre.

Les *modifications du cri*, peut-être un peu moins précoces, sont encore plus utiles au diagnostic. Labric a résumé ces modifications par une comparaison qui en donne une idée plus exacte que

(1) Jahrbuch fur Kinderheilkunde, vol. X, p. 108, 1876.

toutes les descriptions théoriques. Il compare le cri au « *coin coin* » du *canard*.

Les troubles de la respiration, qui devient difficile, bruyante, anxieuse, et les phénomènes d'asphyxie n'apparaissent heureusement qu'à une époque encore plus éloignée. Si le diagnostic n'était fait que d'après eux, l'intervention opératoire serait ordinairement trop tardive. Souvent, en effet, à cette période, l'abcès pharyngien est compliqué de bronchopneumonie.

Quand l'abcès est méconnu, c'est ordinairement, d'ailleurs, moins faute d'un examen précoce de la gorge que faute d'une bonne exécution de cet examen. L'examen par la vue ne donne dans les abcès rétropharyngiens que des résultats très imparfaits. L'arrière-gorge est pleine de mucus, et la rougeur et la tuméfaction se trouvent complètement masquées. Il est vrai que la présence même de ce mucus devient un signe diagnostique.

Mais le seul signe vraiment pathognomonique est donné par le *toucher*. L'index sent dans le pharynx, sur la paroi postérieure, en arrière du voile du palais, une *tuméfaction plus souvent latérale que médiane*. Dans les cas les plus faciles, on sent même en appuyant le doigt une certaine rénitence et, au moment où on le retire, un choc en retour, véritable fluctuation. Il ne faut d'ailleurs pas trop prolonger cette recherche, car l'examen amène toujours une grande gêne de la respiration du petit malade.

« La paroi de l'abcès peut être si résistante et si tendue, écrit Kœnig (1), qu'assurément le toucher ne fait croire à rien moins qu'à une collection liquide ». Et cependant l'incision donne du pus. » La constatation de la tuméfaction pharyngienne sans fluctuation nette suffit donc à justifier l'intervention.

III.

Le diagnostic différentiel est en effet des plus simples. Quand chez un enfant en bas-âge on constate une affection aiguë offrant l'ensemble de symptômes suivants (fièvre, malaise, troubles de la déglutition et de la voix, tuméfaction pharyngienne), on ne peut avoir affaire qu'à un abcès rétropharyngien. Les *abcès par congestion* liés au mal de Pott, les *kystes dermoïdes* ont une évolution chronique bien différente. Une adénite aiguë rétropharyngienne non suppurée n'est presque toujours que le premier stade de l'abcès, stade ordinairement fort court ; son existence comme maladie à part est peut-être plus théorique que réelle ; pratiquement on ne devra jamais l'admettre d'après les résultats du toucher seul, mais il faudra faire au moins une ponction exploratrice négative.

L'erreur de diagnostic la plus fâcheuse est la suivante.

La tuméfaction profonde produite par l'abcès rétropharyngien est ordinairement à peine perceptible par la palpation extérieure. Dans quelques cas cependant elle peut être un peu plus manifeste et faire croire à un *abcès profond du cou*. Si l'on attaque cet abcès par l'incision extérieure, on aura une véritable opération laborieuse, difficile, dangereuse, il faudrait pénétrer à une profondeur telle que presque toujours on s'arrêtera avant d'atteindre le pus. Mais cette erreur sera évitée en recherchant bien la saillie de l'abcès rétropharyngien dans l'arrière-cavité buccale, saillie qui s'avance bien plus vers la ligne médiane que ne pourrait le faire un abcès profond du cou.

(1) Deutsche Chirurgie, vol. 36, p. 62.

IV.

La statistique de Gauthier (1) portant sur 91 cas d'abcès pharyngiens donne les résultats suivants : Sur 33 cas d'abcès non diagnostiqués ou non incisés, 33 décès ; sur 58 abcès incisés, 50 guérisons. Sur les 8 décès des abcès opérés, l'incision avait été quatre fois insuffisante. La statistique de l'hôpital de Pesth où l'on fait toujours une large incision au bistouri et où l'on n'emploie jamais le trocart, ne donne que 7 décès sur 142 opérés (Bokai).

L'incision se fait avec un bistouri garni de diachylon jusqu'à un centimètre et demi de la pointe. Elle doit, pour éviter l'hémorrhagie, porter aussi bas que possible (De Saint-Germain). La langue sera donc fortement déprimée par l'index gauche qui sert de guide à l'instrument, le coup de bistouri sera donné de haut en bas et obliquement de dehors en dedans pour se rapprocher de la ligne médiane. L'incision aura une étendue d'environ deux centimètres. On explorera avec le doigt le point sur lequel elle doit porter pour s'assurer qu'on ne sent point de gros battements artériels.

Au moment de l'incision on observe parfois la chute du pus dans le larynx. Dans deux cas de Bokai, l'asphyxie fut très menaçante et l'enfant ne put être ranimé que par les courants d'induction ; dans un cas où je servais d'aide, à l'hôpital des Enfants Malades, à mon collègue et ami Témoin (2), on songeait à faire la trachéotomie. Mais en renversant l'enfant la tête en bas, on obtint heureusement la sortie du pus et la cessation des accidents.

Pour éviter cette complication, le mieux est de tenir la tête de l'enfant droite et non fortement renversée en arrière pendant l'incision et, sitôt le coup de bistouri donné, d'incliner la tête de suite en avant.

Après l'issue du pus, Koenig recommande de faire pénétrer dans la cavité de l'abcès une petite quantité d'iodoforme. Il faudra surveiller l'enfant pendant quelques jours pour s'assurer que l'abcès se vide bien.

Dr A. F. Plicque,
ancien interne des hôpitaux.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur la nécessité de surveiller la vente de l'arsenic et d'exiger la dénaturation de cette substance toxique en dehors des besoins de la pharmacie (3),

Par le Dr Marquez

Médecin en chef honoraire de l'hôpital d'Hyères (Var), Correspondant de l'Académie de médecine, de la Société de médecine légale, etc., Officier d'académie.

Vers la fin de l'année dernière, par un rapport de M. Ollivier, en son nom et au nom de son collègue M. Vidal (de Paris), vous avez eu connaissance d'empoisonnements, d'une épidémie d'empoisonnements observée à Hyères et causée par

(1) Des abcès rétropharyngiens. Genève 1869.
(2) Voir *Revue des maladies de l'enfance,* avril 1887.
(3) Académie de Médecine, séance du 27 août 1889.

du vin plus ou moins chargé d'arsenic (1). Il ne saurait entrer dans la pensée qui m'amène à cette tribune de reprendre ce sujet par le menu, et de vous refaire l'exposé d'une symptomatologie qui, d'abord variable suivant les individus, nous a tenus longtemps dans l'erreur et l'indécision, nous a fait croire dans quelques cas à de la grippe acrodynique et a fini par nous laisser aux prises avec les perfidies d'un hyposthénisant redoutable (2). Je ne m'autoriserai de ce souvenir que pour rappeler combien Orfila, dans ses leçons, et Bussy, dans son rapport du 5 septembre 1848 à votre Compagnie, avaient eu raison de mettre public et médecins en garde contre le caractère insidieux de l'arsenic blanc, de ce Protée qui sait être un réparateur ou un malfaiteur selon l'usage que l'on en fait ; raison de relever combien « les accidents que produit l'arsenic se confondent aisément, lorsqu'ils sont légers, avec les indispositions auxquelles nous sommes le plus habituellement exposés » ; raison de mettre en lumière la nécessité de surveiller la vente de cette « matière qui se confond, par sa couleur et son état pulvérulent, avec nombre de substances employées comme aliments ou comme condiments » ou autrement, et qui peut être introduite par maladresse et ignorance, aussi bien que par malveillance, à doses mortelles ou simplement nuisibles, dans nos aliments ou nos boissons, « sans que ni sa saveur, ni aucun autre caractère vienne en déceler la présence » (Bussy). Cela en dit assez pour justifier des mesures de surveillance et de préservation.

Des faits de la cause de M. de V.. j'ai à retenir aujourd'hui celui-ci ; il y a huit ans, quatre barils contenant ensemble passé 200 kilogr. d'arsenic blanc ont été livrés par le commerce à un particulier, pour être affectés au traitement de vignes malades..., ceci, soit dit en passant, en désaccord déjà avec l'interdiction qui est consignée à l'article 10 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, laquelle réglemente le commerce des substances vénéneuses. Cette livraison n'a pas été faite en fraude. L'Administration a délégué un garde-champêtre pour constater, à la gare de destination, l'arrivée en bon état des quatre colis dont il s'agit et viser leurs papiers. Mais personne n'a constaté si le dangereux voyageur avait satisfait à toutes les exigences qui le concernent et notamment à celles de l'article 8 de l'ordonnance de 1846 précitée (3), et de la décision ministérielle du 26 février 1875 qui a prescrit la dénaturation de l'acide arsénieux par l'addition d'un centième de colcothar et d'un demi-centième d'aloès, d'où saveur amère et une coloration un peu rosée, susceptibles l'une et l'autre, avait-on pensé, d'attirer suffisamment l'attention. De ce détail, malgré son importance, personne ne s'est inquiété.

De nos quatre barils, trois ont été utilisés ; — utilisés, avec discernement, je le suppose ; ils étaient entre les mains d'un homme qui passe pour posséder des connaissances assez étendues en chimie. Mais le quatrième baril ! On n'en a pas eu l'emploi ; on l'a mis de côté ; on a fini par l'oublier, après l'avoir imprudemment relégué dans une remise où l'on a logé aussi du plâtre... Un jour de 1887, on a pris cela pour du plâtre et l'on s'en est servi pour plâtrer une vendange !!

J'ai pris texte des douloureux événements qui ont été, dans la région où j'exerce, la conséquence du grave oubli et de la terrible méprise que je viens de dire, pour signaler à l'attention de la Société de médecine légale le danger auquel nous expose la tolérance de l'Administration en ce qui concerne le commerce en gros des poisons, plus particulièrement celui de l'arsenic (1). Ce fut au mois de novembre dernier. Depuis, aux faits du vin de M. de V., sont venus s'ajouter ceux de l'affaire du Havre ; là aussi un empoisonnement aux allures insidieuses et qui vous a valu naguère une importante communication de MM. Brouardel et Pouchet, venant de poursuivre, avec succès, l'arsenic jusque dans le tissu osseux ; puis, l'affaire de Tomblaine, dans les faits de laquelle il ne paraît pas qu'il y ait eu place pour le doute et l'hésitation. A Tomblaine, au Havre, à Hyères, dans les boissons comme dans les aliments, rien qui ait révélé la présence de quelque substance étrangère à leur bonne préparation ; le poison y était à l'aise.

La connaissance de ces sinistres, relevés à des intervalles de temps assez rapprochés sur trois points de notre territoire aussi distants l'un de l'autre, m'a déterminé à étendre mon appel au secours et à le porter jusqu'à vous, Messieurs. Le caractère officiel dont l'Académie est revêtue l'autorise à élever la voix en matière de police sanitaire et à espérer qu'elle saura se faire écouter des Pouvoirs publics. Sans doute, le commerce et l'industrie ont droit à ne pas être gênés par des entraves inutiles. Je n'hésite pas à en convenir. Il y a là des intérêts éminemment respectables. Mais, au-dessus de ces intérêts, il y en a de plus respectables encore, l'homme, sa vie, sa sécurité.

Que le pharmacien, pour les besoins de la thérapeutique, détienne de l'arsenic parfaitement pur, je n'y contredirai pas. Nous devons pouvoir compter sur l'excellence des produits et des préparations qu'il livre à sa clientèle. Ce n'est d'ailleurs pas dans cette officine, surveillée mieux encore par le sentiment du devoir que par la loi, que réside le danger. C'est dans le commerce en gros, c'est dans la droguerie où chacun peut, sans contrôle, se procurer un toxique quelconque. Aussi, me semble-t-il légitime de demander qu'en dehors du service de la pharmacie, la vente des poisons soit l'objet d'une réglementation réellement soucieuse de la sécurité publique, et que l'arsenic blanc, particulièrement en cause en ce moment, soit dénaturé par un procédé qui, sans altérer ses propriétés essentielles, éveille aisément le soupçon. Cela n'est peut-être pas absolument facile.

Ainsi, dès 1876, il a été reconnu que la combinaison adoptée par l'Administration, en 1875, est insuffisante à remplir son objet et qu'il y aurait lieu de lui préférer le mélange Grimaud (de Poi-

(1) Ollivier : Rapport sur trois communications relatives à l'affaire des vius empoisonnés d'Hyères (*Bulletin de l'Académie de médecine*, tome XX, n° 45, 6 novembre 1889.)

(2) Marquez : Acrodynie et arsenicisme (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1889, n° 6).

(3) L'article 8 de l'ordonnance du 29 octobre 1846 dit : « L'arsenic et ses composés ne pourront être vendus pour d'autres usages que la médecine, que combinés avec d'autres substances. Les formules de ces préparations seront arrêtées, sous l'approbation du Ministre de l'agriculture et du commerce, etc... »

(1) Marquez : Vin arsénié et vente de l'arsenic (*Bulletin de la Société de médecine légale*, tome X, séance du 12 novembre 1889).

tiers), à l'épreuve depuis 1838, un demi-siècle (1).

Ce n'est pas à moi d'en décider. Il me suffira, Messieurs, de vous avoir appelés au secours de ceux qu'il est si facile d'empoisonner par maladresse ou par malveillance, avec de l'acide arsénieux, tant est grande la tolérance qui couvre le commerce des poisons, dans l'intérêt de certaines industries, mais au grand préjudice de la sécurité publique. Puissiez-vous estimer qu'en le faisant, votre correspondant n'a pas excédé son droit.

M. le Président. — En raison de l'intérêt de la question de police sanitaire soulevée par M. Marquez, le Conseil propose à l'Académie de désigner une commission spéciale pour examiner cette question.

— Cette proposition, mise aux voix, est adoptée. La Commission est composée de MM. Brouardel, Riche et Ollivier.

Résolution radicale par le chlorure de baryum d'une adénite sous-maxillaire non scrofuleuse des plus opiniâtres.

Les indications thérapeutiques du chlorure de baryum sont plus étendues que celles que lui assigne la matière médicale de l'École.

Ainsi, pendant que les auteurs continuent à considérer cet agent pharmaco-dynamique comme exclusivement indiqué dans la scrofule, le Dr Hare nous présente ce médicament comme « un tonique du cœur dont il régulariserait « les mouvements en relevant le pouls sans « provoquer de troubles intestinaux, supérieur « en cela à la digitale. » (*The medical News*, 16 *février* 1889.)

Dans un autre journal, *Union pharmaceutique*, juillet 1889, le Dr Hare ajoute qu'on a tort de regarder ce médicament comme un poison irritant pour le derme, il doit être donné à haute dose.

L'observation suivante vient à son tour démontrer qu'il y a lieu d'élargir encore le cercle des applications médicales du chlorure de baryum.

L'été dernier, je fus consulté par une jeune fille qui portait une adénite unilatérale droite sous-maxillaire du volume d'un gros œuf de poule, rénitente et douloureuse au toucher, dont la forme sphéroïdale avait l'aspect d'une thyroïdite déplacée. Voici les commémoratifs : deux ans auparavant j'avais déjà soigné cette jeune malade pour une pharyngo-rhinite herpétique avec acné rosacéa circonscrit (région malaire) et dont deux cures d'Eaux-Bonnes ne l'avaient qu'imparfaitement débarrassée. — On connaît l'opiniâtreté de la lésion diathésique.

Pour en prévenir les retours offensifs au printemps j'avais conseillé à la jeune malade l'emploi à cette saison d'un sirop alcalin.

Sirop de fumeterre.... 500 grammes.
Bicarbonate de soude... 4 grammes.

Malheureusement, par suite de fatigues mondaines, l'affection cutanée reparut au printemps avec une intensité telle que la malade, effrayée, eut l'imprudence d'élever jusqu'à 15 grammes par jour la dose de bicarbonate de soude, et cela pendant deux mois !

Simultanément apparut la tumeur ganglionnaire sous-maxillaire qui de la grosseur d'une amande acquit promptement celle qu'elle présentait lorsqu'elle vint me trouver. Je n'hésitai pas à en attribuer la cause à l'abus des alcalins, et à leur action spoliatrice et fluidifiante pour le liquide sanguin. Je dois ajouter, pour l'intelligence du fait clinique, que la jeune malade offre tous les signes rationnels et sensibles d'une constitution robuste et bien équilibrée : qu'elle n'a jamais présenté ni dans son enfance ni plus tard la plus légère manifestation strumeuse, ni le moindre symptôme de lymphatisme, ni d'hypoglobulie. Menstruation régulière.

Je me dispenserai d'énumérer les traitements aussi variés qu'inefficaces auxquels la malade fut soumise. Finalement les eaux de *Salies de Béarn* furent conseillées. La vogue inattendue dont jouissent pour le moment ces eaux, principalement dans le Nord, explique cette étrange direction. Appliquées sur une constitution essentiellement robuste et exempte de tout élément scrofuleux, à tempérament sanguin et bilieux, elles ne pouvaient qu'y porter le désordre fonctionnel, sans améliorer l'adénite purement accidentelle et sans racine constitutionnelles dans l'économie, — ce qui eût lieu.

J'administrai à l'intérieur le chlorure de baryum à la jeune malade, débutant par 10 centigrammes que je portai progressivement jusqu'à la dose de 35 centigrammes, dose maximum, sans intervention de tout autre médication interne ou externe.

Après 35 jours de traitement, la tumeur ganglionnaire était réduite des 5/6 de son volume.

J'ai revu cette jeune personne en mai dernier à Paris. Elle n'offrait pas trace de l'adénite sous-maxillaire.

Ce fait clinique soulève un problème de thérapeutique assez complexe : de quelle façon a agi le chlorure de baryum dans la disparition graduelle de l'adénite ? Est-ce comme reconstituant chimiques de la crase du liquide sanguin dont l'abus des alcalins avait diminué la masse globulaire rouge, et profondément altéré les autres éléments plastiques ? ou bien tout simplement comme *agent résolutif du ganglion hypertrophié*, en vertu de l'affinité élective qui lui est propre pour le système lymphatique ? Vraisemblablement des deux façons à la fois. Quoi qu'il en soit, cette observation démontre que le chlorure de baryum n'est pas un médicament exclusivement antiscrofuleux, comme il a été classé jusqu'à ce jour dans la matière médicale, puisque la malade n'offrait pas, dans sa constitution le plus léger signe de scrofule.

Cette donnée nous amène par induction à nous demander si cette action généralisée du chlorure de baryum sur l'ensemble du système ganglionnaire ne pourrait pas être utilement appliquée au traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique contre laquelle la médecine n'a que des armes bien impuissantes.

(1) M. Jeannel, dans un rapport présenté à la Société de médecine légale, le 10 juillet 1876, a montré : 1° que le mélange officiel de 1875 (un centième de colcothar, un demi-centième d'aloès), est peu susceptible d'attirer l'attention, soit par sa couleur qui est d'un rose trop faible ; soit par la saveur amère qu'il doit à l'aloès et qui peut se confondre avec celle de certains aliments ou de certaines boissons ; — 2° que le mélange Grimaud, en usage à Poitiers, depuis 1838, et dans lequel l'acide arsénieux est additionné d'un centième de sulfate de fer et d'un centième de prussiate de fer, possède un pouvoir colorant (bleuâtre) très considérable et une saveur métallique, atramentaire, qu'il est impossible de confondre avec l'amertume de quelque aliment ou de quelque boisson. Il ne pourrait être introduit, à dose toxique, dans un aliment ou une boisson, sans en altérer la couleur et la saveur.

Les praticiens savent parfaitement le degré de résistance de cette toux coqueluchoïde qui est la dominante morbide de cette affection. L'observation clinique seule pourra répondre.

Dr Cazenave de la Roche,
Consultant aux Eaux-Bonnes et à Menton (Alpes-Maritimes).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Troisième dîner trimestriel de l'Association de la Presse médicale.

Il a eu lieu le vendredi, 9 novembre, dans les salons du restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle. La réunion était très nombreuse et quatre nouveaux membres ont été admis. Ce sont: MM. *Chavainis*, directeur de la *Loire médicale* ; *Delefosse*, des *Annales des maladies des voies génito-urinaires* ; *Gorecki*, du *Praticien* et *Gillet de Grandmont*, du *Bulletin de la Société de médecine pratique*.

Des démarches ont été faites pour obtenir en faveur des membres de l'Association : 1° des cartes de presse (cartes de circulation, coupe-file). Les demandes, adressées dans ce but, par les syndics, à la Préfecture de police, n'ont pas encore abouti, à cause de la réorganisation qui est opérée, en ce moment même, par M. Lozé. Mais on espère réussir et pour cela il suffira de démontrer à M. Lozé qu'un journaliste médical a autant d'intérêt qu'un journaliste politique à aller s'enquérir, par exemple, de visu, des causes véritables d'un empoisonnement par l'emploi d'un poêle mobile. 2° Les syndics se sont également occupés de faciliter aux membres de l'Association l'accès des Chambres et notamment leur admission aux séances qui présentent un intérêt médical.

De nombreux sujets de conversation ont été introduits par divers membres. Il s'est agi de la situation des *médecins civils en cas de mobilisation*, de leur avancement, des facilités qu'on devrait réclamer pour leur instruction technique.

On a dit qu'il serait bientôt opportun, pour tous les journaux de médecine, d'inviter leurs lecteurs à recommander la *Revision de la législation médicale* à leurs députés et sénateurs.

On a agité la question de l'*indemnité en cas de maladie* ; après avoir examiné la Société Mutuelle Lagoguey, on a parlé de l'Association générale et des facilités qu'elle présentait pour créer, de toutes pièces, par son patronage, ou par son intervention directe, l'œuvre de l'indemnité de maladie.

La réunion a exprimé ses sentiments sur la question suivante : Un médecin d'hôpital est révoqué de ses fonctions par l'Administration, à cause de la part active qu'il a prise aux élections dans un sens hostile au gouvernement. Chaque journal dira, selon ses convenances, à ses lecteurs, son opinion sur ce sujet.

On a répondu à la *Société de Médecine du Mans*, qui désirait faire savoir qu'elle ne comptait pas, parmi ses membres, un charlatan de la région, que prononcer le nom de cet industriel serait lui rendre service ; que les membres de l'antique Société de Médecine du Mans n'avaient rien à redouter d'une confusion impossible.

Divers autres sujets de conversation, notamment la situation des *médecins du bureau de bienfaisance*, ont prolongé l'excellent repas servi par la maison *Marguery*, jusqu'à une heure très avancée.

Il se dégage des impressions recueillies durant les trois premiers dîners de l'*Association de la Presse Médicale*, le sentiment que sa fondation répond à un besoin absolu et lui permettra d'exercer toute l'action qu'elle détient en puissance et qui n'avait pas été, jusqu'à ce jour, suffisamment utilisée pour le triomphe des justes causes sur lesquelles tous les journalistes médicaux sont d'accord ; que, en ce qui concerne les questions sur lesquelles les opinions sont divergentes, les conversations trimestrielles des représentants de la profession médicale ne peuvent que produire de bons effets en dégageant les solutions les plus acceptables.

Ce qu'il a été facile de constater surtout, c'est que les dîners de la presse médicale ont pour caractère très spécial une cordialité professionnelle dont le Président, M. le professeur Cornil, donne à tous ses collègues le ton et l'excellent exemple. Cette impression générale est le gage assuré de l'avenir réservé à la jeune Association.

Le droit de réquisition en matière médico-légale ; affaire de Rodez.

Le médecin est-il tenu d'obéir aux réquisitions de la justice ? Le mandat qu'il tient de la confiance du magistrat lui est-il offert ou imposé ? C'est dans ces termes que notre vénéré maître, M. Tourdes (*Dictionnaire encycl.*, art. Réquisition, p. 423), pose la question qui vient de soulever dans la presse médicale de si vives controverses. Avant d'examiner les circonstances particulières du fait qui a motivé la condamnation de nos confrères de Rodez, il nous paraît nécessaire de préciser, comme l'a fait en termes si convaincants le savant médecin légiste, quelle est à ce point de vue la jurisprudence de la Cour de cassation, et quel doit être le devoir de tous les médecins.

La profession médicale est indépendante. « Le médecin, dit M. Paul Andral, peut refuser de prêter son ministère, lorsqu'il en est sollicité, et son refus péremptoire n'a pas besoin d'être justifié par des motifs graves et légitimes... Ne peut-il se faire qu'un praticien consciencieux, scrupuleux peut-être, se défiant de sa capacité et de ses aptitudes, refuse d'assumer la responsabilité d'un examen difficile ou d'une opération délicate ? Qui oserait l'en blâmer et à plus forte raison l'en punir, surtout si l'on songe à la responsabilité que certains arrêts feraient peser contre lui ? Au reste, la doctrine et la jurisprudence sont d'accord à cet égard. L'exercice de la médecine est, en général, purement volontaire. »

Nous avons cru utile de reproduire ce passage pour l'opposer à diverses consultations fournies au sujet de l'affaire de Rodez par d'éminents avocats, dont nous ne contestons nullement l'autorité, mais dont nous ne pouvons partager l'opinion. La profession médicale, disent-ils, comme la profession d'avocat, comme toutes les professions libérales, doit engager, obliger même celui qui l'exerce à prêter à la justice le concours le plus désintéressé. De même que l'avocat, sur la désignation du bâtonnier de l'ordre, doit prêter le secours de sa parole à un criminel insolvable, de même le médecin doit être à la disposition

de l'autorité judiciaire pour la constatation des crimes et délits. Ceux qui soutiennent cette thèse oublient la différence capitale qui sépare les deux professions. L'avocat, désigné d'office, a tout le temps d'étudier à loisir le dossier qui lui sera confié. Il sait d'avance quel jour il sera appelé à plaider et peut dès lors prendre ses dispositions en conséquence ; il n'est pas, comme le médecin, dérangé d'urgence pour des visites lointaines et fatigantes. Plaider est sa fonction. Une plaidoirie retentissante dans une affaire criminelle grave aide à sa renommée et rehausse moralement et matériellement sa situation professionnelle. En outre, de par l'organisation judiciaire à laquelle leur ordre est intimement lié, les membres du barreau ne peuvent se soustraire au devoir d'aider la justice.

Le médecin, au contraire, peut se trouver surpris, au moment où il s'y attend le moins, par une réquisition qui l'obligerait, s'il y répondait, à sacrifier les intérêts professionnels dont il a la charge et qui méritent au plus haut degré sa sollicitude. Son rôle essentiel et principal n'est-il pas de soigner des malades et non de procéder à une exhumation ou d'assister un magistrat pour la levée d'un cadavre et de s'exposer, qu'il commette ou non une erreur toujours involontaire, aux critiques souvent passionnées du ministère public ou de la défense ? Les services qu'il rend à la justice, loin de rehausser son renom ou d'aider à sa fortune, sont donc le plus souvent aussi onéreux que pénibles. Enfin un médecin, par cela seul qu'il a été admis à ses examens de doctorat, n'est point apte à tous les services qu'un magistrat peut lui demander, alors surtout qu'il s'agit d'un mandat d'expertise. Aujourd'hui que la médecine légale a progressé comme toutes les branches de l'art médical, il faut, pour pouvoir remplir dignement les fonctions de médecin expert, une série de connaissances que donnent seules une expérience suffisamment longue et des études spéciales.

Concluons donc, avec Dechambre, que les grands mots de dévouement à la chose publique, d'abnégation et de charité ne sont pas de mise quand il s'agit d'une réquisition médico-légale. Le médecin fait acte de charité et d'abnégation quand il soigne gratuitement les malades pauvres qui s'adressent à lui ; il sait concilier ses devoirs d'homme de cœur avec ses intérêts professionnels lorsque, dans les hôpitaux ou les bureaux de bienfaisance, il consacre tant de temps et de soins au traitement des malades qui lui sont confiés. Mais ce n'est ni dans l'Évangile ni dans les épîtres aux Corinthiens qu'il doit chercher la solution de la question qui se discute aujourd'hui, c'est uniquement dans le *Bulletin des lois* et dans les arrêts des cours et tribunaux. Voyons donc à ce point de vue ce que dit la loi :

« La jurisprudence, dit M. Tourdes, admet un certain nombre de cas exceptionnels dans lesquels le médecin doit obéir à la réquisition : *Salus populi suprema lex esto*. La justice ne peut rester entravée. C'est une espèce d'expropriation pour cause d'utilité publique, à la condition d'une indemnité suffisante et d'un emploi utile des services demandés. » Or, quelles sont les circonstances exceptionnelles qui nécessitent d'urgence le concours du médecin légiste ? Ce sont (Code pénal, art. 425) : le *flagrant délit*, l'*accident*, l'*exécution judiciaire*.

Nous n'avons pas à discuter ici ce qui a trait aux accidents graves ou à l'exécution judiciaire. Le cas spécial qui motive cet article n'a trait qu'au fait que la loi désigne sous le nom de *flagrant délit*. Or, à ce point de vue spécial, la jurisprudence française — un jugement de la Cour de cassation de Belgique (4 juillet 1840) affirme le contraire — paraît constante pour appliquer aux médecins l'article 475 du Code pénal, qui punit d'une amende de 6 à 10 francs « ceux qui, *le pouvant*, auront négligé de faire les travaux, le service ou de prêter le secours dont ils auront été requis dans les circonstances d'accidents, tumultes, naufrages, inondations, incendie et autres calamités, ainsi que dans le cas de brigandages, pillages, *flagrant délit*, clameur publique ou exécution judiciaire ».

Mais, que faut-il entendre par *flagrant délit* ? C'est, dit la loi, le délit qui se commet actuellement ou qui vient de se commettre. Si l'on s'en tenait à cette définition, on devrait admettre que, lorsqu'il s'agit d'un crime commis depuis plusieurs jours et sur lequel une information est ouverte par un juge d'instruction, lorsqu'il n'est question que de l'autopsie d'un cadavre, le flagrant délit n'existe plus. Telle n'est point, toutefois, la jurisprudence généralement admise. Le refus d'accompagner un maire à une levée de cadavre a été jugé punissable par la Cour de cassation (1836). Il faut une excuse valable pour se refuser à des opérations médicales *urgentes* dont la non-exécution pourrait sembler de nature à compromettre la sûreté publique. Alors que le législateur, en rédigeant l'article 475, a eu certainement en vue, non le concours scientifique et intellectuel que le médecin prête à la justice, mais le concours matériel demandé à tout citoyen dans les cas où il s'agit de sauver un naufragé, un individu près de périr dans un incendie, ou un blessé qui perd tout son sang, d'arrêter un coupable qui prend la fuite, d'aider à l'exécution d'un jugement, en un mot de prêter secours à l'autorité dans un danger immédiat et menaçant, les tribunaux, au contraire, se montrent disposés à condamner tous ceux qui, sans excuse fondée et reconnue valable, refusent leur assistance *en cas d'urgence*. C'est ce que semble prouver le jugement du 4 avril 1860 (Cf. Legrand du Saulle), qui, dans des circonstances moins graves, mais analogues à celles qui nous occupent, a condamné trois médecins de Forcalquier.

Avec M. Tourdes, il nous faut donc reconnaître que, le cours de la justice ne pouvant rester entravé, les magistrats peuvent avoir le droit, en cas d'urgence, et *à la condition d'une indemnité suffisante* et d'un emploi utile des services demandés, de requérir le concours des médecins. Et, en fait, les arrêts qui ont été rendus jusqu'à ce jour, aussi bien que les consultations médico-légales provoquées au sujet de l'affaire de Rodez, semblent de nature à affirmer ce droit.

Examinons maintenant quelles sont les causes du conflit qui vient de s'élever entre les magistrats et les médecins de Rodez, et quels sont les considérants du jugement qui a frappé ceux-ci. Depuis assez longtemps, dans toute la région méridionale de la France, à Montpellier aussi bien qu'à Agen ou à Rodez, les médecins ont eu à se plaindre des procédés du parquet. Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* n'ont pas oublié la protestation indignée de M. le docteur

Jaumes, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Montpellier, qui, après avoir exposé en termes très dignes les vexations et les dénis de justice dont il avait souffert, refusa nettement et définitivement de continuer son service de médecin expert.

Il s'agissait alors déjà des réductions d'honoraires opérées par le chef du parquet sur des mémoires présentés par les médecins experts. Ce sont les mêmes difficultés qui se sont reproduites à Rodez et ailleurs. Sans doute les mémoires présentés n'ont pas toujours été conformes aux tarifs qu'impose aux médecins légistes le décret du 18 juin 1811. Mais ce ne sont pas des erreurs commises par les médecins experts qui ont envenimé le conflit. Le plus souvent les réductions ont porté sur le nombre des myriamètres parcourus, le nombre de vacations, etc. De là des discussions pénibles, des observations peu courtoises, et, de la part des médecins, de justes causes de ressentiment. Il serait donc inexact de soutenir, comme on l'a prétendu, que les médecins de Rodez ont refusé de se soumettre à la loi et d'accepter les tarifs qu'elle a fixés. Si, d'accord avec l'unanimité des médecins français, ils réclament une refonte de la législation qui régit actuellement les rapports des experts avec la justice, ils protestent surtout contre les procédés discourtois de la Chancellerie et veulent affirmer leurs droits à l'indépendance professionnelle. A ce point de vue, ils ne peuvent qu'être loués de soutenir et de défendre leur dignité méconnue. Toutefois il paraît évident qu'au point de vue strictement et exclusivement légal ils échoueront comme leurs confrères de Forcalquier, comme tous les médecins qui d'un commun accord se refuseront à un service reconnu d'utilité publique. Une *grève de médecins* — puisque le mot a été mainte fois prononcé, nous pouvons l'employer à notre tour — sera toujours mal jugée par l'opinion publique et sévèrement condamnée par la magistrature. Comme les textes de loi sur lesquels on s'appuie sont peu nets, et par conséquent sujets à controverse, il est bien peu probable que, dans la lutte qu'ils ont entreprise, les médecins du Midi arrivent à obtenir de la Cour de Cassation un arrêt qui affirme leur indépendance professionnelle. *Salus populi suprema lex*, répondra-t-on toujours aux revendications les plus légitimes. Ce qui nous paraît infiniment plus utile qu'une grève générale, c'est une agitation ayant pour but une réforme complète de l'organisation de la médecine judiciaire en France. Que des émoluments en rapport avec l'importance et la nature des fonctions médico-légales, au lieu des allocations dérisoires contre lesquelles on proteste aujourd'hui, soient attribués aux médecins experts choisis par la justice parmi ceux qui ont acquis des connaissances suffisantes, et l'on ne verra plus ni conflits entre l'autorité judiciaire et les médecins qu'elle requiert, ni jugements contestables, aussi bien au point de vue du droit que de la conscience publique.

Concluons donc en conseillant à nos confrères de Rodez de ne point poursuivre, en appel, une cause perdue d'avance, puisque, dans l'espèce, il s'agissait bien d'un *flagrant délit* ; mais demandons énergiquement, avec eux, la réforme de la législation et exprimons le vœu que les médecins députés et sénateurs obtiennent de leurs collègues de la Chambre et du Sénat le vote d'une nouvelle loi plus juste et dont les articles seront rédigés d'une façon plus explicite.

(*Gazette hebdomadaire.*) L. L.

En reproduisant l'article de la *Gazette hebdomadaire* qu'on vient de lire, nous n'en acceptons pas les conclusions.

Comme le disait dans le n° 46 du 15 novembre M. le Dr Dulaurier, président de l'Union des syndicats, nous invitons toutes les associations médicales militantes à imiter les médecins de Brioude, de Rodez, de Forcalquier, etc.

Nous avons assisté, lundi 7 décembre, au Sénat, à l'interpellation *Lacombe* sur l'interprétation à donner à certains articles de la loi de 1811 sur les expertises médico-légales. Les arguments présentés par les trois orateurs, MM. Lacombe, le garde des sceaux et le professeur Cornil, ne sont pas de nature à nous incliner à conseiller à nos confrères de renoncer à refuser leurs services, dans le cas où le flagrant délit n'existant pas, ne les met pas dans l'obligation stricte d'obtempérer à la réquisition. La définition du *flagrant délit* n'a pas été faite.

L'interpellation n'aura d'autre résultat que de hâter la décision de la cour de cassation : elle renverra devant une autre cour le jugement de Rodez qui acquitte les médecins. Ils seront condamnés à 6 fr. d'amende. Comme le disait M. Cornil, tout en désapprouvant la grève, on peut s'en payer une à ce prix-là. Il est vrai qu'à droite, au Sénat, on interrompait, en disant : « Oui, mais gare à la récidive ! »

En tout cas, nous attendrons longtemps encore la revision des *tarifs médico-légaux*.

Limitation du nombre des médecins.

La Tremblade, 7 octobre 1889.

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de prendre la plume à propos d'un fait cité dans votre numéro du 5 courant, et qui vient à l'appui d'une thèse que j'ai soutenue deux ou trois fois dans la presse médicale.

On lit dans le susdit numéro sous la rubrique « Chronique professionnelle », un exemple navrant de détresse médicale imméritée.

Mais combien d'autres ignorées !

Le fait est que nous sommes, comme l'oiseau sur la branche, à la merci du caprice du premier venu qui aura l'idée de s'établir là où il n'y a même pas souvent de pain pour les premiers occupants.

La thèse que j'ai toujours soutenue et que je soutiendrai toujours, c'est que d'une façon ou d'une autre, par un procédé ou par un autre, il faudrait arriver à limiter le nombre des médecins d'après un minimum d'habitants.

Là serait notre tranquillité, notre salut.

Toutes les autres mesures proposées sont de légers palliatifs bien incapables de guérir notre profession de la maladie dont elle meurt, pléthore des médecins dans beaucoup de régions, inquiétude partout.

Pourquoi voulez-vous que j'aille ailleurs tenter la fortune ? me disait dernièrement un médecin malheureux.

Partout où j'irais, la concurrence peut me poursuivre et m'accabler.

Je n'ai rien trouvé à répondre.

Je sais bien que mon vœu est très difficile à réaliser, mais enfin l'opinion générale est faite d'idées particulières, et par le temps où nous vivons, si mon idée devient celle de tous ou de la majorité, il faudra bien qu'elle finisse par triompher, etc...

Réponse. — La difficulté est toujours de trouver le procédé. Le confrère dont il s'agit avait agi auprès de son concurrent avec l'assentiment des présidents des deux sociétés médicales de sa région. Le concurrent n'en tint pas compte. Que pouvait-on faire de plus? Indiquez la méthode. Nous n'en voyons aucune autre. A. C.

Les certificats et le timbre.

Monsieur le rédacteur en chef du *Concours médical.*

Le nº 22 du *Concours médical* à la date du 29 novembre 1879 contenait la nomenclature des certificats soumis au timbre.

Ayant eu dernièrement un certificat à délivrer, (j'ai cru devoir prendre du papier timbré, il s'agissait d'une prolongation de convalescence pour conscrit appelé). Un gendarme a contesté et, d'après sa demande, voici la réponse de *l'Écho de la Gendarmerie* du 17 novembre 1889. Je copie textuellement ;

« Toutes les pièces qui concernent les gens de guerre sont exemptes de la formalité du timbre (Loi du 28 fructidor an VII). A ce titre, les justifications qu'un appelé est tenu de produire à l'appui des motifs qui l'empêchent de rejoindre son corps, sont exemptes de la formalité du timbre. »

Veuillez agréer, je vous prie, l'assurance de mes meilleurs sentiments. Dr Delavaux.

CORRESPONDANCE

Vaccinations avec la pulpe vaccinale. Le vaccin de génisse et le vaccin humain. Leurs résultats comparatifs.

Monsieur,

Le 7 mai, j'ai vacciné à Rieux avec la *pulpe vaccinale* 29 personnes dont 3 jeunes enfants ; les autres étaient des revaccinations. Succès complet sur les 3 petits enfants. Pour 24 revaccinations, 2 échecs seulement.

Avec le vaccin pris sur un de ces enfants, je vaccinais, le 14 mai, 21 personnes à Angicourt, dont 2 petits enfants, les autres avaient été déjà vaccinées autrefois. Réussite chez les 2 petits enfants et sur 2 revaccinations, échec sur 17 revaccinations. Peu satisfait de ce résultat, je me suis procuré de la pulpe vaccinale et j'ai revacciné, le 31 mai, 12 élèves de l'école d'Angicourt, chez qui le vaccin d'enfant avait échoué. J'ai eu alors 6 succès et 6 échecs. Cette épreuve m'a montré que la *pulpe vaccinale liquide* est bien supérieure au *vaccin d'enfant.*

Recevez, etc., Dr Pargoire.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Torio, de Saint-Dyé-sur-Loire (Loir-et-Cher), présenté par M. le docteur Degand, d'Anteuil ;

M. le Dr Castro, d'Ivry-le-Temple (Oise), présenté par M. le docteur Cesbron, de Marines (Seine-et-Oise).

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association Syndicale des Médecins de la Haute-Saône.

Assemblée générale tenue à Vesoul le 6 septembre 1889.

Présidence de M. le Docteur Gauthier.

La séance est ouverte à dix heures et demie.

Membres présents : Chambre syndicale, MM. Gauthier, *Président* ; Voisard, *Trésorier* ; Maussire, *Secrétaire* ; Massin, Guilleminot, Paris, *Délégués.*

MM. Clément (*Arrondissement de Gray*) ; — Billotte, Dupont, Fournier, Groz, Henri, Levrey, Miroudot (*arrondissement de Lure*) ; — Bontemps, Corne, Doillon, Guillaume, Mouchotte, Pitoy, Racine, Schurrer (*arrondissement de Vesoul*).

Membres absents, qui se sont excusés par lettres ou télégrammes : MM. Boucon, Chané, Delerse, Guyot, Juif, Perchet.

Conseil judiciaire : M. Grillon, avocat.

L'Association a perdu deux de ses membres : le docteur Huguet, qui ne pratique plus dans le département, et le docteur Letellier, qui est mort dans le courant de l'année. Ces deux confrères emportent avec eux l'estime et l'affection de tous ceux qui les ont connus.

Admissions. — MM. les docteurs Lecreux, de Jussey, Mossmann et Stourme, de Luxeuil, Tournier, de Faverney, demandent à faire partie du Syndicat, et sont admis à l'unanimité.

Le nombre des membres de l'Association s'élève à cinquante-six.

Allocution du Président docteur Gauthier.

Messieurs et chers Confrères.

Permettez-moi de vous adresser mes remerciments pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider votre Société.

Plus favorisé que quelques-uns de mes prédécesseurs, j'ai eu le bonheur de n'avoir pas une présidence troublée. Aussi, nul souvenir amer ne se mêle à l'expression de ma gratitude.

Je dois d'abord, Messieurs, vous rendre compte de la démarche que nous avons faite à la Préfecture, à la suite de notre réunion de 1888.

Vous veniez d'entendre le remarquable rapport de mon prédécesseur le docteur Massin, sur la protection des enfants du premier âge. Vous aviez émis un vœu relatif à l'application de la loi Roussel dans la Haute-Saône, et vous nous aviez chargés de le transmettre à M. le Préfet. L'entrevue eut lieu en présence de nos Confrères Coillot et Blanchot, membres du Conseil général.

M. le Préfet, prévenu de notre arrivée et de l'objet de notre visite, se montra peu disposé à adopter nos dispositions. Il exagéra le chiffre de la dépense nécessaire, amoindrit l'utilité et l'opportunité de la loi Roussel dans notre département.

Mais, dans sa séance du 24 août 1888, le Conseil général, à la suite d'un rapport de notre confrère

Signard, porta à son budget de 1889 un crédit de 2,500 fr. pour service de la protection des enfants du premier âge.

Notre visite à la Préfecture avait encore un autre but.

Notre vaillant et distingué confrère le docteur Spindler était en possession du service des indigents dans la commune de Ronchamp (1). A la suite d'un changement survenu dans le Conseil municipal, la mairie de Ronchamp et la Préfecture prétendirent avoir le droit de lui enlever ce service dans le cours même de l'année.

Cette prétention constituait un excès de pouvoir et une dérogation à l'article 4 de l'arrêté du 30 novembre 1883, qui dit, en toutes lettres :

« Art. 4. — Le Médecin sera choisi pour l'année entière. »

Le docteur Spindler avait saisi la réunion syndicale de sa protestation, et nous avions reçu mission, comme Présidents du Syndicat, de maintenir les stipulations de l'article 4 et de demander au Préfet de rapporter comme illégal l'arrêté qui avait enlevé au docteur Spindler le service des indigents en plein cours d'exercice et de contrat annuel.

M. le Prefet ne fit nulle difficulté de reconnaître qu'en effet il y avait eu excès de pouvoir. Il s'engagea pour l'avenir à se conformer à l'arrêté du 30 novembre. Mais il refusa formellement de rapporter son arrêté, à cause de l'état de lutte politique aiguë dans lequel s'agitait la commune de Ronchamp. Toutes nos insistances furent vaines. Nous ne pûmes rien obtenir de plus que la reconnaissance de notre droit, et l'engagement pris devant nous et nos confrères Coillot et Blanchot qu'il serait respecté à l'avenir.

Vous aurez à décider, Messieurs, si vous voulez intenter sur ce point des poursuites devant les tribunaux compétents.

Il me reste à vous entretenir maintenant d'un mouvement d'opinion qui s'est manifesté dans la dernière réunion de l'Union des Syndicats. Je veux parler des Associations d'assistance mutuelle plus effectives que ne l'a été jusqu'ici l'Association générale des Médecins de France.

Les secours distribués par elle ont trop le caractère d'une aumône, par le chiffre minime des pensions accordées, par leur forme facultative et par les demandes et enquêtes préalables qu'elles exigent.

La Caisse des pensions viagères donne des résultats plus larges ; cependant, elle ne profite qu'à ceux qui y sont entrés de bonne heure et qui auront l'heureuse fortune d'atteindre l'époque de l'échéance de ce capital différé.

Mais que deviendront ceux qui tomberont malades pendant cette longue période qui embrasse vingt ou vingt-cinq années ?

Ils n'auront d'autre ressource que de solliciter les secours insuffisants de l'Association générale, et on connaît les lenteurs de cette procédure.

Dès 1886, le docteur Lagoguey, de Paris, frappé de cette lacune dans nos Associations médicales, s'est mis à l'œuvre, et il a réussi à grouper autour de lui des adhésions qui s'élèvent aujourd'hui à près de 200. La cotisation est de 120 fr. par an, payable par mois.

L'indemnité de maladie est de 10 fr. par jour. Elle est servie pendant toute la durée de l'incapacité de travail ou de l'infirmité.

Après deux ans d'existence, la réserve s'élève déjà à 27,000 fr. L'avenir est assuré, et les services rendus sont très encourageants.

M. Cézilly a pensé qu'il serait temps de créer, soit pour toute la France, soit dans chaque département, une Société de secours qui, en cas de maladie dûment constatée et durant plus de huit jours, donnerait aux Sociétaires une indemnité de maladie suffisante pour mettre le Médecin infirme et sa famille à l'abri du besoin, soit, par exemple, une indemnité de 10 fr. par jour.

Cette question d'assistance médicale effective mérite qu'on l'examine. Je vous propose donc de nommer une Commission d'étude qui vous présentera, l'an prochain, un rapport détaillé, et pourra soumettre à votre acceptation un projet complet avec chiffres et documents à l'appui.

Dr Gauthier.

(1) Voir, pour les détails, le compte rendu de l'Association syndicale de l'année 1888.

La discussion est ouverte immédiatement sur les questions suivantes mises à l'ordre du jour de la séance.

Affaire Spindler-Ronchamp.

Sur les réclamations des docteurs Massin et Gauthier, Présidents du Syndicat médical de la Haute-Saône, et en présence de MM. Coillot et Blanchot, conseillers généraux, M. le Préfet a reconnu que l'arrêté suspendant le docteur Spindler, médecin des indigents à Ronchamp, était un excès de pouvoir. Il a promis que désormais les clauses de l'organisation de l'Assistance médicale dans la Haute-Saône seraient scrupuleusement observées, et notamment l'article 4 de l'arrêté du 30 novembre 1883.

En présence de ces déclarations, le retrait de l'arrêté semblait tout naturel. M. le Préfet ne voulut pas y consentir.

Le Syndicat médical regrette que M. le Préfet ait refusé de rapporter un arrêté qu'il reconnait lui-même avoir été pris illégalement, et cela parce que cette affaire se complique, a-t-il dit, d'une question de politique locale.

Caisse d'assistance en faveur des Médecins malades.

L'Assemblée décide qu'il y a lieu de s'occuper de l'établissement d'une Caisse d'assistance en faveur des Médecins de la Haute-Saône qui viendraient à être malades, et de nommer une Commission pour l'étude de cette question.

Sont nommés : MM. Corne et Guillaume, pour l'arrondissement de Vesoul ; Gauthier et Pâris, pour l'arrondissement de Lure ; Clément et Massin, pour l'arrondissement de Gray.

Vaccination.

L'Assemblée arrête que désormais chaque médecin de la Haute-Saône, syndiqué ou non syndiqué, aura droit à quatre tubes de vaccin ordinaire ou à deux tubes de pulpe vaccinale ; elle charge son Secrétaire de s'entendre à cet égard avec le Directeur du *Concours Médical* pour obtenir des prix réduits, et de prévenir tous les Confrères du département de la décision qu'elle vient de prendre.

L'Assemblée écoute ensuite avec beaucoup d'attention le compte rendu de la réunion des Médecins syndiqués de l'arrondissement de Gray et le rapport suivant de son Président ; elle décide que ce rapport sera imprimé aux frais de sa caisse,

qu'il en sera remis vingt-cinq exemplaires à son auteur et un nombre suffisant à la Préfecture pour MM. les Conseillers généraux.

Réunion des Médecins syndiqués de l'arrondissement de Gray.

Séance à dix heures un quart du matin, le samedi 10 août 1889, à l'Hôtel de Ville de Gray.

Membres présents : MM. BOUCON, DEMAICHE, GOUDOT, MASSIN, PINGUET, PERCHET, RICHARD, SERRIGNY, SIGNARD.

Président : M. MASSIN ; Secrétaire : M. GOURDAN-FROMENTEL fils.

1° M. Massin donne lecture de son Rapport ci-joint sur l'Inspection médicale dans les écoles primaires, et demande que ce Rapport soit présenté au Conseil général après avoir été imprimé aux frais du Syndicat. Il est convenu à l'unanimité que cette proposition sera faite à l'Assemblée générale de Vesoul.

2° M. Pinguet, trouvant insuffisants les deux tubes de vaccin envoyés annuellement et gratuitement à chaque médecin de la Haute-Saône par l'Administration du *Concours médical*, demande quatre tubes gratuits par médecin, et le renvoi de sa proposition à l'Assemblée générale. Accepté.

3° M. Boucon se charge, pour l'année prochaine, d'un rapport sur la constatation des décès.

Gray, le 10 août 1889.

Le délégué-Secrétaire de l'arrondissement de Gray.

Dr GOURDAN-FROMMENTEL fils.

(A suivre.)

REPORTAGE MÉDICAL

Le professeur Guyon est devenu titulaire de la *Clinique des maladies des voies urinaires*. La faculté a voté la suppression de l'une des deux chaires de pathologie externe — on spécialise et on paraît vouloir favoriser ainsi l'enseignement des agrégés, les conférences. Reste à savoir si on spécialisera la seconde chaire de pathologie externe et les deux de pathologie interne. Nombreuses sont les conséquences de ces innovations.

—Le tribunal correctionnel a infirmé la sentence du juge de paix qui condamne les médecins de Rodez pour refus d'obtempérer aux réquisitions de la magistrature dans un cas où le flagrant délit ne paraissait pas exister. Les circonstances sont favorables pour obtenir la revision des tarifs de 1811.

—M. Chevandier tente de former un *groupe médical* à la Chambre. Nous espérons qu'il y réussira, car nombreuses sont les propositions de loi qui sont devenues caduques et qui intéressent le corps médical.

— L'hôpital du Midi prend le nom d'*hôpital Ricord*. En applaudissant à cette décision de l'Assistance publique nous rectifions une erreur d'impression : c'est 10.000 fr. et non 5.000 que Ricord a légués à l'Association générale.

— Il serait grand temps de voir cesser le scandale du non achèvement de l'*Ecole pratique*. Des sommes immenses ont été dépensées ; la prodigalité la plus inouïe s'est donné carrière. A quoi pense le conseil de la Faculté ? Nous verrions avec grande satisfaction une interpellation se produire à la Chambre. Les étudiants devraient bien faire, dans le quartier, une de ces agitations qui réussissent parfois !

— Le *Temps* du 5 novembre raconte qu'aux environs de Marseille, un varioleux, abandonné par ses proches, a passé 36 heures sur la voie publique, recouvert d'une paillasse que ces nouveaux fils de Noé avaient jetée sur leur père. Un médecin a ramassé le moribond, il l'a transporté dans sa maison, où bien entendu il a succombé le lendemain. Nos sincères compliments à la municipalité du hameau de la *Mède* ! On se croirait au temps de la peste noire.

— L'épidémie de rougeole qui règne à l'école polytechnique va avoir pour conséquence souhaitable l'amélioration de l'infirmerie, absolument insuffisante et qui ne permet, en aucune façon, l'isolement des malades.

— Un arrêt de la Cour d'appel d'Amiens décide que les épiciers ne peuvent vendre des vins de quinquina.

— L'épidémie de grippe, en Russie, se développe ; elle se complique parfois de pneumonies mortelles.

— *Enseignement libre.* Psychiatrie. — Le Dr Bérillon, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, commencera le samedi 14 décembre, à 10 heures, à la clinique, 55, rue Saint-André-des-Arts, un cours libre sur les applications de l'hypnotisme et de neuropathologie.

Il le continuera les samedis suivants, à la même heure.

Revue bibliographique des nouveautés de la semaine.

Les sciences biologiques en 1889, médecine, hygiène, anthropologie, sciences naturelles, etc., publiées sous la direction de MM. CHARCOT, LÉON COLIN, V. CORNIL, DUCLAUX, DUJARDIN-BEAUMETZ, GARIEL, MAREY, MATHIAS-DUVAL, PLANCHON, TOPINARD, TRÉLAT, sont arrivées à la cinquième livraison, et recueillent le fruit du travail des directeurs, car presque tous nos confrères souscrivent. Voici le sommaire de la cinquième livraison :

Les races Tunisiennes, par le Dr Collignon, avec onze types de tunisiens photographiés. L'Hygiène navale en 1889, par Treille (deux modèles de bateaux). De l'Hématoscopie, par Broca) avec sept gravures. De la clinique et de ses procédés d'investigation de 1789 à nos jours, par le Dr Greffier. Coup d'œil historique sur la Zoologie, par le Dr H. Labonne. Prix de la livraison 1 fr. 25. Envoyer 30 francs pour recevoir tout ce qui est paru et à paraître, à M. le Dr Labonne secrétaire de la Rédaction, 4, rue Antoine-Dubois.

Les ports du monde entier, paraissant par livraisons de 32 pages, au prix de 1 fr. 25. Plus de 400 gravures et cartes. La première est en vente, 4, rue Antoine Dubois.

Le touriste aux environs de Paris, guide pittoresque et descriptif. Choix d'excursions pratiques, par Félix Viator. Prix 1 fr. 25.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année **N° 51** 21 Décembre 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La transmission de la fièvre typhoïde par l'eau potable et les poussières.

M. *Vaillard*, professeur au Val-de-Grâce, s'étonne que certains médecins refusent encore de croire à la transmission de la fièvre typhoïde par les eaux potables contaminées. Il en peut cependant citer plusieurs exemples pour sa part. Dans une série d'analyses qu'il a faites des eaux distribuées dans les garnisons de France, il a trouvé cinq fois le bacille typhique dans les eaux d'alimentation alors que la fièvre typhoïde sévissait sur la garnison ; cela, dans les dernières épidémies de Melun, Cherbourg, Mirande, Bourg-en-Bresse, Châtellerault. A Melun, la garnison s'alimentait à sept puits différent s creusés dans la caserne et à une canalisation d'eau de Seine ; la fièvre typhoïde n'a atteint que les escadrons qui s'approvisionnaient aux puits dans lesquels le bacille d'Eberth a été démontré.

A coup sûr, la détermination certaine de l'identité de ce bacille dans l'eau est des plus délicates et hérissée de difficultés techniques ; mais M. Vaillard n'a affirmé sa présence qu'après avoir comparé ses cultures à celles qu'il obtenait comparativement avec le bacille d'Eberth, extrait de la rate d'un typhique.

Mais, s'il est incontestable que l'eau de boisson est fréquemment le vecteur de l'agent contagieux de la fièvre typhoïde, ce n'est pas le seul, et la prophylaxie de cette infection resterait imparfaite si on se préoccupait uniquement d'empêcher la souillure des eaux de boisson. L'agent pathogène peut et doit aussi résider dans d'autres milieux où nous risquons d'aller le chercher par des procédés multiples. Il est certain par exemple que les poussières réparties à la surface des planchers ou dans leurs interstices peuvent contenir le germe typhique, et ainsi s'explique la localisation plus accentuée de la maladie dans certaines casernes et même dans quelques chambres d'une même caserne. Le document suivant émanant d'un médecin russe, le Dr Chour, est à ce point de vue du plus haut intérêt.

Deux régiments d'infanterie stationnés à Silomir et recevant la même eau potable sont très inégalement atteints par la fièvre typhoïde. L'un, le régiment n° 127, fournit une morbidité de 9,6 0/00 en 1885 et de 3,2 0/00 en 1886. L'autre, le régiment de Kourlk, présente pendant les mêmes périodes une morbidité bien plus élevée et dont l'étude détaillée aboutit à des constatations significatives.

Ce régiment de Kourlk est réparti en des points différents de la ville. La fraction logée à la caserne Hammermann se fait remarquer par une morbidité typhoïde de beaucoup supérieure à celle qui est relevée pour l'ensemble des autres parties du même corps. Tandis, en effet, que les atteintes portant sur ces dernières étaient de 11 0/00 en 1885 et de 16 0/00 en 1886, elles se chiffraient à la caserne Hammermann par 15 0/00 en 1885 et 50,7 0/00 en 1886. Une donnée plus importante encore se dégage des éléments de la statistique : parmi les troupes de la caserne Hammermann, une compagnie, la quatrième, est surtout frappée en 1889 et fournit à elle seule quatorze cas de fièvre typhoïde sur un effectif de quatre-vingt-dix hommes, soit la proportion énorme de 155 0/00.

Cette manifestation intensive de la maladie en une partie limitée de la caserne Hammermann suggérait l'idée d'un facteur étiologique localisé en quelque sorte dans les chambres dont les occupants étaient si éprouvés. Aussi, en décembre 1886, le médecin en chef du corps d'armée provoquait-il l'évacuation des locaux habités par la quatrième compagnie et la désinfection énergique, non seulement des murs et planchers, mais encore des effets d'habillement et de la literie. Ceux-ci furent passés à la vapeur d'eau ; les planchers furent enlevés, tout l'entrevous fut impré-

gné d'acide phénique à 5 % et son contenu renouvelé : le stucage des murs et des plafonds fut démoli ; on fit vaporiser dans les chambres du chlore mélangé à de l'acide phénique à 5 %, enfin toutes les boiseries furent repeintes à neuf. Après l'exécution de ces mesures radicales la quatrième compagnie vint occuper à nouveau son casernement habituel ; sa morbidité typhoïde se réduisit à 1,7 0/00 en 1887, pour devenir nulle en 1888.

Or, pendant le même laps de temps, dans les chambres de la caserne qui n'avaient pas été soumises à la désinfection, la fièvre typhoïde continuait à sévir avec persistance, donnant une morbidité de 22 0/00 en 1887 et de 33 0/00 en 1888, alors que les atteintes n'étaient que de 11 0/00 et de 16 0/00 pour l'ensemble des autres parties de la garnison.

Les poussières du plancher des chambres infectées furent soumises à un examen bactériologique. Dans les poussières, éminemment riches en microbes (14 millions par gramme), on parvint à déceler la présence du bacille typhique.

Les chambres contagionnées furent immédiatement évacuées et les hommes allèrent camper dans un bois voisin. Trois cas furent encore constatés, du 5 au 20 mars, chez les hommes qui avaient quitté la caserne en état d'incubation, mais à partir de cette époque aucun cas ne fut observé, ce qui permit de considérer la maladie comme éteinte.

La contagion par les poussières des locaux habités, qui est vraie pour la tuberculose, paraît donc l'être également pour la fièvre typhoïde et sans doute aussi pour la pneumonie, la diphtérie.

M. *Richard* cite encore un exemple de la possibilité du transport du bacille typhique par des poussières.

Pendant trois ou quatre années consécutives, la fièvre typhoïde sévit sur la garnison d'une *ville du Hanovre*. L'eau d'alimentation des troupes était irréprochable. Le médecin-major du régiment eut l'idée de faire désinfecter tous les effets des hommes ainsi que les effets entassés dans les magasins de réserve. A partir de ce moment l'épidémie cessa.

MÉDECINE PRATIQUE

LA GRIPPE ACTUELLE

L'actualité de la semaine a été l'épidémie de grippe qui sévit sur Paris. Parlons donc de la grippe. La presse d'information a mené grand bruit au sujet de cette épidémie, comme si la grippe dans des proportions infiniment moindres n'était pas une maladie familière pour les Parisiens ; nos grands confrères quotidiens ont, comme cela leur arrive de temps en temps, quelque peu assombri l'horizon et obscurci une question simple en ne s'entourant pas de renseignements suffisamment autorisés avant de commencer leurs premiers articles.

Depuis une quinzaine on parlait déjà d'une épidémie bizarre sévissant sur Pétersbourg, venue de l'Orient, ayant quelque parenté avec la dengue d'Egypte et de Syrie, pouvant présager l'invasion ultérieure du choléra, etc. Puis, tout à coup, voici qu'on nous annonce que le mal a éclaté dans nos murs, au cœur de la place, dans un des endroits les plus fréquentés par la partie aimable de notre population, les magasins du Louvre. On nous dit que les employés de cet établissement ont été décimés en une nuit par une affection mystérieuse, l'influenza !

Là-dessus l'imagination des lecteurs s'enflamme. Dites à un Parisien qu'il a la grippe, cela ne l'émeut guère ; il a toujours entendu prononcer ce nom, qui n'éveille dans son esprit pas d'autre idée que celle d'une bronchite doublée d'une grande courbature. Mais si vous lui dites qu'il a l'influenza, il pâlit malgré sa fièvre, et, si n'ayant encore rien éprouvé, il lit en grosses lettres à la première page de son journal : *L'influenza à Paris : l'épidémie se généralise* !, il se tâte, il se sent déjà malade, il va l'être, on lui suggère la peur du mal, il a bientôt le mal de la peur qui suffit peut-être pour faire éclater le mal lui-même en produisant un choc intense de son système nerveux.

Je soupçonne fort beaucoup de journalistes de ne puiser trop souvent leurs renseignements médicaux que dans le Dictionnaire de la Conversation ; sur toutes les questions qui ressortissent à notre profession, les chroniqueurs feraient bien de laisser la parole à leur collaborateur technique, puisque chaque grand journal compte un médecin dans sa rédaction.

Au fond de tout cela, qu'y a-t-il ? — La grippe, notre grippe endémique qui deux ou trois fois par an revêt la forme de petites épidémies de quartier, une ou deux fois par lustre celle d'épidémie urbaine, s'est développée la semaine dernière d'une manière beaucoup plus générale qu'on ne l'avait vue depuis longtemps, mais non pas d'une façon inouïe. Rappelons-nous qu'en 1858 un beau matin, 50.000 parisiens se sont réveillés avec la grippe. En 24 heures de temps, depuis Moscou, jusqu'ici, sur une zone de trente lieues de large, la grippe avait frappé toutes les contrées d'Europe intermédiaires.

Qu'est-ce que cela prouve ? — Probablement que la grippe n'est pas une infection transportée par contagion, mais plutôt le résultat d'influences cosmiques, météorologiques sur toute une partie du globe ; influences qui troublent la vie, le fonctionnement du système nerveux de toute une population, ou bien qui favorisent la pullulation et activent la virulence de quelque agent infectieux banal, de quelque parasite familier qui vit d'ordinaire en bons termes avec nous. — Je sais bien que certains confrères éminents se sont demandés comme les journalistes, si cette grippe n'était pas la dengue. Je reviendrai plus loin sur cette question.

Quoi qu'il en soit, l'épidémie actuelle est caractérisée par trois faits : sa grande diffusion, sa bénignité, la prédominance des phénomènes nerveux.

La grippe ou influenza, synonymie consacrée dans tous les livres classiques, est une maladie générale à déterminations multiples, diffuses et d'une intensité variable sur les muqueuses, sur quelques séreuses, sur le système cérébro-spinal, mais les déterminations locales sont d'une importance secondaire dans la caractéristique de l'affection ; il y a désaccord entre l'état général et l'état local, toujours le premier prime le second.

Les symptômes peuvent toujours être groupés sous trois rubriques : prostration, manifestations catarrhales, douleurs névralgiques.

Les manifestations catarrhales, qui dans les cas les plus ordinaires prédominent sur les voies respiratoires, ont touché dans l'épidémie actuelle principalement les voies digestives : les vomissements, l'état nauséeux, l'enduit saburral de la langue ont été infiniment plus fréquents que le catarrhe oculo-nasal et laryngo-bronchique.

Mais ce qui a surtout été accentué, ce sont les symptômes nerveux : la céphalalgie chez tous les malades que nous avons vus, une douleur siégeant au niveau des globes oculaires ou dans le fond des orbites, les frissonnements, les douleurs contusives des lombes, des flancs et des membres, l'excitation ou la dépression cérébrale, voilà ce dont les malades se plaignaient surtout. La fièvre était généralement violente dès le début, l'invasion brutale, et toujours les médecins étaient requis précipitamment par les malades ou leurs proches alarmés comme dans les invasions d'affections graves.

Tous les âges ont payé leur tribut. — Le plus jeune enfant que j'ai soigné pour la grippe avait 2 ans 1/2 et j'ai été appelé dans la même journée auprès d'un confrère de 76 ans, légitimement inquiet, vu son âge, de l'intensité des symptômes qu'il éprouvait et qui lui faisaient croire qu'il avait pris une pneumonie ; il n'en était rien fort heureusement. Ce confrère eut 140 pulsations à minuit ! Le lendemain son pouls était tombé à 75.

Après la brutalité du début, la fréquence et l'intensité des frissons, la violence de la céphalalgie et les vomissements, je signalerai comme phénomène digne de remarque la fréquence des épistaxis et une hypérémie cutanée des régions supérieures du corps, face, poitrine, membres supérieurs avec état sudoral.

Ces diverses particularités, en l'absence ou avec l'insignifiance du catarrhe des voies respiratoires, auraient été embarrassantes pour le diagnostic, sans la notion de l'épidémie régnante. Je citerai quelques-uns des groupements symptomatiques que j'ai rencontrés.

Une dame qui relevait de couches est prise subitement de grands frissons, douleurs lombaires et abdominales, céphalalgie, température 40°. Alarme légitime des siens. Je constate un peu de sensibilité à la pression dans la région ovarienne droite ; mais le toucher ne révèle aucun autre signe se référant aux organes génitaux, et comme en même temps l'un des enfants de cette dame présentait du mal de tête, des vomissements, des douleurs lombaires et 39°, je me décide à diagnostiquer ce qu'on appelle la maladie à la mode. L'accoucheur, qui était M. le professeur Pinard, vint confirmer mon opinion en écartant toute influence puerpérale. Cette dame était redevenue apyrétique le troisième jour, mais le quatrième jour, nouveau frisson, reprise de la fièvre, 39°, de la douleur de tête plus atténuée, des douleurs lombaires moindres aussi que la première fois ; mais, fait nouveau, le catarrhe nasal et laryngo bronchique se montre et prend vite une grande intensité pour se calmer d'ailleurs dans les délais ordinaires. Dans ce cas le drame s'est joué en deux actes avec entr'acte franc.

Un enfant de quatre ans se met à vomir, se plaint d'une violente douleur de tête et délire toute la nuit. Au matin le délire cesse et les vomissements reprennent, température 39°, la langue est blanche au milieu, d'un rouge vif au bord et à la pointe ; le mal de tête continue aussi pénible, il y a de la photophobie et des grimaces ; trois épistaxis assez abondantes, de la douleur abdominale. Va-t-il avoir une méningite, une fièvre typhoïde ? Non, tout se dissipe rapidement en même temps qu'une diaphorèse abondante se produit.

Chez un autre enfant il y avait, outre les vomissements et la céphalalgie, un mal de gorge avec rougeur assez intense, température élevée et teinte érythémateuse diffuse des parties supérieures du corps, face, mains, avant-bras, avec moiteur de la peau. On devait certainement penser à la scarlatine pendant quelques heures. L'évolution ultérieure montra bien qu'il s'agissait de la grippe.

Outre l'éréthisme et l'état congestif diffus de la peau, j'ai vu chez plusieurs malades des éruptions pouvant être vraiment qualifiées de scarlatiniformes ou rubéoliformes. C'est même en s'appuyant sur ces faits que plusieurs confrères parisiens inclinent à penser que l'épidémie actuelle se rapproche plus de la dengue que de la grippe.

A la Société de médecine pratique, M. Nicolas a émis cette opinion que, l'élément dominant dans l'épidémie actuelle étant la douleur, avec peu de manifestations du côté des voies respiratoires, les accidents étant brusques, fugaces, la généralisation de la maladie étant rapide, il y avait là beaucoup des caractères de la dengue, opinion appuyée par M. Roussel, qui a observé la dengue à Alexandrie et à Bucharest.

A la Société des hôpitaux, M. Legroux a relevé aussi les différences qui lui ont paru distinguer l'épidémie actuelle de la grippe classique : « Les manifestations catarrhales, a-t-il dit, sont exceptionnelles. Après une période prodromique de deux ou trois jours, caractérisée par de la courbature plus accentuée le matin que le soir, de la céphalalgie, des douleurs au niveau des globes oculaires, on voit survenir des nausées, des coliques, de la fièvre qui obligent le malade à prendre le lit. Il le garde deux ou trois jours ; après quoi, plus rien ou bien peu de chose. » A côté de ces cas, M. Legroux en cite d'autres s'annonçant avec beaucoup plus de fracas, notamment un qui ressemble beaucoup à celui que j'ai décrit plus haut et où on pouvait songer un moment à la possibilité d'accidents méningitiques ; car il y avait, comme phénomènes de début, des douleurs de tête abominables, des envies de vomir, de la torpeur cérébrale, du délire, un pouls à 120, une température dépassant 39°, et cependant tout était dissipé en 48 heures avec un peu d'antipyrine.

M. Legroux a noté chez les enfants assez souvent une association de bronchite et de coryza, et plus souvent encore du catarrhe gastro-intestinal, accompagné parfois de garde-robes d'odeur fétide ; il insiste sur la brièveté des accidents, même lorsqu'il existait du catarrhe bronchique comme dans la grippe ordinaire.

Dans la même Société M. Sevestre a dit que les cas vus par lui se rattachaient à deux variétés bien distinctes : dans l'une, c'est de la grippe classique ; dans l'autre, et c'est la variété qui a été la plus fréquente, il n'y a pas de phénomène catarrhal, mais des douleurs très vives dans les yeux, dans les reins, de la fièvre, et, environ dans un tiers des cas, une éruption à la face rappelant tantôt la scarlatine, tantôt la rougeole, comme cela s'observe dans la dengue. L'éruption n'en différerait que par une intensité moindre.

M. Sevestre conclut qu'on ne peut appeler tout cela de la grippe sans changer le sens ordinaire de ce mot. M. Chauffard s'est rallié à cette opinion, tout en pensant qu'il peut s'agir d'une seule espéce morbide avec ou sans exanthème.

En réalité, les médecins qui ont bien observé la dengue disent qu'il s'agit dans celle-ci de deux éruptions successives ; l'une rubéoliforme, l'autre scarlatiniforme, avec démangeaisons insupportables et suivies de desquamation. Et puis il y a dans la dengue des arthropathies des genoux d'une extrême violence, et une convalescence trés longue. Enfin, la dengue est contagieuse ; la grippe, non.

Pour ma part, je n'ai jamais vu la dengue ; je ne puis donc établir de comparaison entre ce que nous observons maintenant et la maladie qu'on observe à Beyrouth, à Alexandrie, dans la Floride, mais il me semble que MM. Legroux, Sevestre et Chauffard, qui n'ont pas observé la dengue non plus, se sont hâtés peut-être trop de renoncer à rattacher l'épidémie actuelle à la grippe classique, à moins que la dengue ne soit que la grippe d'Egypte et de Syrie, comme le pense M. L. Colin. Dans le récit des nombreuses épidémies de grippe dont les classiques ont enregistré les descriptions, il est souvent question de grippes anormales, avec catarrhe trés peu marqué et phénoménes nerveux prédominants, avec éruptions. Dans un article que j'ai publié sur la grippe dans ce journal même il y a huit ans, époque à laquelle personne n'a songé à la dengue, j'écrivais à propos de la grippe qui régnait alors d'une manière assez intense : « La circulation capillaire de la peau est surexcitée. Cet éréthisme circulatoire se traduit au début par la rougeur vultueuse, plus tard par la diaphorèse généralisée, des éruptions vésiculeuses même, miliaires, ou érysipélateuses », et je rappelais que c'est en se fondant précisément sur les rougeurs scarlatiniformes ou érythémateuses, qui apparaissent quelquefois dans le cours de la grippe, que Récamier la rapprochait des fièvres éruptives.

On a de tout temps admis la forme thoracique, la forme abdominale, la forme cérébrale ou nerveuse, et des formes frustes où le catarrhe des voies respiratoires a fait absolument défaut ; l'élément catarrhe est donc d'une faible importance dans cette fièvre dite catarrhale.

Tout cela montre l'impuissance de la clinique à fixer à elle seule la nature d'une maladie. Toutes les descriptions de symptômes avec leurs nuances et leurs dégradations infinies ne trancheront pas la question de savoir si la dengue est la même chose que la grippe et si nous soignons en ce moment des grippes ou des dengues, tandis que si on avait réussi à isoler et à cultiver le germe infectieux qui les cause, on ne discuterait plus.

L'extraordinaire rapidité de la diffusion des accidents sur des espaces si étendus, qui avait fait donner à la grippe par Biermer le nom de *catarrhe-foudre* (Blitzcatarrh) est peu compatible avec le transport de germes rares ; elle s'expliquerait mieux, comme je le disais plus haut, par la pullulation et l'accroissement de virulence subitement imprimés par des conditions telluriques ou météorologiques insolites à quelque microbe très répandu et d'ordinaire à peine offensif. On peut encore penser que les conditions cosmiques ont produit un amoindrissement subit de la résistance des hommes vis-à-vis de microbes qui d'ordinaire végètent auprès d'eux, sur eux ou en eux sans pouvoir leur nuire. Ici encore le dernier mot appartiendra à la microbie, au point de vue de la connaissance de l'étiologie, de la pathogénie et par suite de la prophylaxie.

La thérapeutique de l'épidémie actuelle a été peu variée, si j'en juge d'après les conversations avec des confrères et d'après les communications aux sociétés. D'ailleurs, pourquoi se mettre à chercher une thérapeutique nouvelle, quand tous les cas, même ceux qui s'annoncent à grand fracas, guérissent ?

La quinine, qui depuis si longtemps a fait ses preuves dans la grippe, et l'antipyrine, qui calme si bien tant de symptômes nerveux, ont suffi à tous les besoins.

J'ai, pour ma part, employé dans les cas où dominait la céphalalgie, l'antipyrine (1 à 3 grammes),—quand la température était élevée, le chlorhydrate de quinine, qui est mieux supporté par l'estomac que le sulfate, et j'y ai plusieurs fois ajouté la poudre de Dower, quand il y avait des phénomènes de catarrhe bronchique ; cette poudre, qui contient de l'ipéca, du nitrate de potasse et de l'opium, répond à plusieurs indications en pareil cas. J'ai quelquefois usé de l'aconit, et je n'ai pas négligé les stimulants comme l'alcool et le café.

P. Le Gendre.

ÉPIDÉMIOLOGIE

De la fièvre dengue.

Le rapprochement que quelques médecins cherchent à établir entre l'épidémie actuelle de grippe ou influenza qui sévit chez nous et la fièvre dengue fera sans doute désirer à nos lecteurs avoir une idée assez précise de ce qu'est la dengue.

L'article suivant, publié dans le *Bulletin médical* du 8 décembre par M. V. Christoyanakis, externe des hôpitaux de Paris, leur fournira des renseignements très suffisants, émanant d'un témoin oculaire, puisque l'auteur relate une épidémie qu'il a observée à Smyrne pendant l'été dernier.

Ces caractères ne diffèrent pas de ceux que notre distingué collègue d'internat, le professeur H. de Brun (de Beyrouth), a décrits dans la *Revue de médecine* du 10 août dernier, dans un article fort détaillé auquel nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui seraient désireux d'approfondir la question.

« La fièvre dengue, qui règne à l'état endémique dans l'Inde, l'Amérique, la Perse et l'Egypte, a été importée à Smyrne cet été, pour la première fois probablement, par une famille israélite qui venait de Beyrouth. Cette hypothése est d'autant plus vraisemblable que c'est dans le quartier israélite que l'épidémie fit son apparition.

Pendant un long séjour à Smyrne, j'ai assisté à toute l'évolution de cette épidémie ; personnellement j'ai vu un grand nombre de malades ; d'autre part, j'ai recueilli les observations des médecins de la ville et particulièrement celles du Dr Christoyanakis, mon parent. Ce dernier, en sa qualité de médecin municipal, était plus à même que tout autre de bien suivre la maladie, attendu que si elle a frappé toutes les classes de la socié-

té, elle se propageait surtout dans les classes nécessiteuses, relevant du service municipal. C'est ainsi que M. Chrystoyanakis a donné des soins à plus de quatre cents malades.

La question de la fièvre dengue est en quelque sorte à l'ordre du jour : 1° Par suite de la propagation probable de la maladie à la Russie ; 2° Parce que les idées au sujet de la nature de cette affection ne sont pas encore bien fixées. Aussi ai-je pensé qu'il pourrait y avoir utilité à décrire ce que j'ai vu à Smyrne.

Dans cette épidémie, la fièvre dengue a été remarquable : 1° par sa grande contagiosité ; 2° par les modalités assez variées qu'elle a revêtues dans sa marche.

On peut définir la dengue une maladie caractérisée par un état fébrile très net, suivi, au bout de quelques jours, d'une éruption et s'accompagnant de douleurs polyarticulaires aiguës et de douleurs lombaires. La maladie frappe à tout âge ; cependant, les enfants au-dessous de trois ans sont rarement atteints : quant au sexe et à la race il n'y a aucune différence au point de vue de la réceptivité.

La dengue débute quelquefois par une période prodromique toujours de courte durée, caractérisée par un malaise général, de l'abattement et de l'anorexie, mais le plus ordinairement le début est brusque. Le premier phénomène est la fièvre ; l'ascension thermique est rapide ; en quelques heures, la température monte à 39° ou 40° et même 41°. Les malades éprouvent tantôt un frisson unique, tantôt des frissonnements répétés, jamais violents, qui rappellent plutôt des horripilations. Ils accusent une céphalalgie sus-orbitaire très vive, des douleurs lombaires très intenses, des douleurs internes également très vives dans toutes les articulations et surtout dans celles du genou, mais il n'y a ni tuméfaction, ni rougeur. Les mouvements n'exagèrent pas ces douleurs. Elles sont parfois si intenses que le malade pousse des cris ; il est rare, en tout cas, qu'elles ne lui arrachent pas au moins des gémissements.

En outre, douleurs musculaires généralisées ; face congestionnée ; pommettes rouges, conjonctives injectées ; globes oculaires douloureux ; les paupières se soulèvent difficilement. La peau n'est pas mordicante, mais légèrement sèche. Pouls et respiration fréquents (100 à 120 pulsations, et 28 à 30 respirations par minute chez l'adulte). Langue sèche et recouverte au milieu d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre, quelquefois même brunâtre ; les bords et la pointe sont rouges. L'haleine a une odeur particulièrement désagréable, tout à fait *sui generis* et très marquée. Ce phénomène est constant. Il en est de même des troubles digestifs. Les malades ont du dégoût pour tout aliment solide ou liquide ; tout leur paraît amer. Soif vive ; fréquemment on observe des vomissements muqueux et bilieux répétés. La constipation est la règle, mais quelquefois il y a diarrhée. Urines abondantes et fortement colorées ; pas d'albumine. L'insomnie est un symptôme constant ; elle s'accompagne d'agitation, mais jamais de délire véritable. Il y a, en outre, un état permanent d'anxiété, de faiblesse, parfois même de lipothymie. Enfin, au bout de quelques jours, on voit apparaître une éruption.

Cette éruption, qui manque quelquefois, mais rarement, n'est pas très uniforme dans ses modalités. Elle ressemble tantôt à l'exanthème scarlatiniforme, tantôt à l'exanthème rubéolique. Elle se montre ordinairement le troisième jour, mais parfois le deuxième et même le premier. Son apparition n'est pas critique et la fièvre reste élevée après comme avant. Dans des cas rares, l'éruption apparaît seulement le cinquième ou le sixième jour, alors que le malade entre en convalescence.

Elle envahit d'abord la face, la peau du front, le cou, la partie supérieure du thorax, puis les membres. Elle provoque des démangeaisons et elle est suivie de desquamation ; souvent elle est partielle et fugace, et ne se montre qu'en un ou deux endroits du corps ; parfois même elle manque totalement, ainsi que j'ai pu le constater chez plusieurs malades observés très minutieusement, et particulièrement sur deux membres de ma famille que je voyais à chaque instant ; j'ajouterai qu'on observe dans certains cas des épistaxis.

J'ai dit que l'urine ne contenait pas ordinairement d'albumine. On n'en observe pas moins dans certains cas un peu d'œdème des membres inférieurs. Dans un cas, il y a eu anasarque.

Les récidives ne sont pas rares dans la dengue. C'est ainsi que j'ai observé des malades qui ont fait coup sur coup deux ou trois fièvres distinctes caractérisées par la réapparition de tous les symptômes. Il s'agissait donc bien de récidives et non pas de rechutes.

Parmi les complications on a observé surtout de la pharyngite et de la bronchite aiguë ; il y a eu aussi plusieurs pleurésies et pneumonies tardives. J'ai observé un cas de kératite qui a guéri sans accidents ; les conjonctivites ont été assez fréquentes.

J'ai signalé plus haut des épistaxis. On peut voir aussi des ménorrhagies abondantes ; dans quelques cas, au contraire, les règles étaient supprimées. Enfin, il y a eu un cas d'entérorrhagie suivie de mort. Ajoutons que, chez les enfants, les convulsions sont fréquentes.

La durée de la fièvre dengue, dans les cas légers, est de trois à *cinq jours ; la fièvre reste toujours* élevée avec quelques rémissions légères et passagères : la défervescence est rapide. Dans les cas sérieux, la durée est de six à quinze jours.

La convalescence est longue et pénible ; les malades sont anémiés, abattus, dyspeptiques. L'anorexie persiste, ainsi que l'amertume de la bouche, pendant assez longtemps, dans les cas qui ont été sérieux. Cet affaiblissement semble avoir une influence sur les diathèses ou dispositions constitutionnelles antérieures. C'est ainsi qu'on a vu la fièvre dengue activer considérablement la tuberculose chez des sujets prédisposés ou bien tuberculeux latents.

Au point de vue du diagnostic, la fièvre dengue pourrait être confondue, au début, avec la variole, à cause des douleurs lombaires ; avec la scarlatine à cause de la pharyngite et de l'ascension brusque de la température ; enfin, et mieux encore, avec la suette miliaire, à cause de la fièvre et de l'éruption, avec le rhumatisme polyarticulaire aigu, à cause des arthralgies et myalgies. Mais l'évolution des symptômes énumérés ci-dessus permet bientôt d'éliminer toutes ces affections.

Le pronostic est bénin. En effet, l'épidémie de Smyrne, qui a frappé plus de cent mille malades,

n'a fourni que deux cas de mort : l'un occasionné par une entérorrhagie abondante, et le second par des convulsions, chez un enfant de deux ans et demi. Il faut cependant tenir compte, dans le pronostic total, de la possibilité du réveil d'une diathèse, particulièrement de la diathèse tuberculeuse.

Le traitement a été surtout symptomatique. On s'est appliqué dans les cas intenses surtout à combattre les accidents les plus marqués. C'est ainsi que l'on a traité l'état digestif par les purgatifs légers, par l'alimentation liquide, bouillon, lait. L'élévation thermique considérable devait appeler l'attention ; certains médecins ont donné le sulfate de quinine ; d'autres, se préoccupant surtout des douleurs, l'antipyrine.

Le sulfate de quinine, le plus souvent, n'abaissait pas notablement la température. L'antipyrine, surtout en injections hypodermiques, avait le plus ordinairement une action efficace contre les douleurs articulaires. La voie digestive est, en raison des envies de vomir et des nausées, difficile à suivre pour l'ingestion des médicaments. C'est ainsi que le salicylate de soude provoquait toujours des vomissements ; cela se conçoit chez des malades qui n'acceptent guère que des boissons acidulées et glacées. Les toniques et reconstituants sont indiqués pendant la convalescence pour combattre la dépression organique des malades qui ont été sérieusement atteints.

N. Christoyanakis.

(*Bulletin médical.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le service militaire des médecins civils.

Nous avons publié diverses lettres de nos correspondants, sur la situation faite *par la loi militaire* aux médecins civils. L'un d'entre eux conseillait à nos confrères de donner leur démission d'*aide-major de 2e et même de 1re classe*, pour devenir simples soldats et il prétendait, qu'alors, en cette qualité de simples soldats, ils pouvaient demander leur admission dans les diverses Sociétés de Secours aux blessés, sociétés dont le recrutement comme personnel médical serait, de cette façon, très large et les dispenserait de leurs obligations militaires.

Cela a pu se faire en effet, et c'est ainsi que les *Sociétés de Secours* l'avaient compris. Mais, par interprétation moins large du texte des anciens décrets, qui disaient que tout *homme* appartenant à la réserve de l'armée territoriale *peut demander à être autorisé* à passer aux ambulances civiles, s'il est agréé par les diverses administrations, ces autorisations *ne sont plus accordées aux médecins démissionnaires.*

Donc, ces autorisations n'étant plus accordées, les médecins de la territoriale doivent rester médecins, ou faire leur service, après démission, comme simples soldats.

Ceci bien établi, une autre question s'est élevée et elle a été le sujet de *nombreuses lettres* de nos confrères, au sujet de l'*avancement*.

Nous les résumons, en une seule, la suivante : « Le ministère de la guerre se trompe en disant que l'avancement est soumis à des règles invariables et qu'il y a d'ailleurs pléthore dans le cadre des médecins mobilisables. En ce qui concerne l'avancement, je garantis l'authenticité du fait suivant. J'ai été longtemps interne des hôpitaux de province ; j'ai fait, volontairement, la campagne de 1870-1871, comme médecin en chef d'un corps de troupes et, seize ans après, j'étais aide-major de 2e classe.

« D'autre part, un de mes amis, quoique plus jeune, était nommé aide-major de 2e classe, puis de 1re classe. Ensuite médecin-major de 2e, puis de 1re classe. Ce confrère a peut-être, dira-t-on, un mérite ou des titres universitaires exceptionnels ? Nullement, excellent garçon, médecin ordinaire, il était trop jeune pour avoir fait la guerre en 1870. — Mais il est maire de sa commune.

« De telle sorte que, si je n'avais démissionné, je serais à une grande distance hiérarchique de mon jeune confrère ; de plus, en cas de guerre, lui qui est riche, devrait toucher, comme solde et comme entrée en campagne, plusieurs fois autant que moi qui n'ai que ma profession pour faire vivre ma famille, etc.., ce qui n'empêche que si la guerre éclate je ne bouderai pas plus qu'en 1870. »

Nous pensons que notre confrère est mal renseigné et qu'il a omis d'autres titres, tels que services militaires. Cet avancement serait, en effet, tout à fait extraordinaire, absolument exceptionnel et nous devons ajouter injuste, s'il n'était expliqué par d'autres raisons que celle qu'on allègue.

L'avancement, le nombre des galons ont une importance capitale et, pour les médecins civils, *les grades ne se donnent qu'au choix, sur proposition régulière. L'avancement à l'ancienneté dans la réserve et l'armée territoriale est contraire aux règles admises pour toutes les armes et tous les services.*

(Est-ce parce que les médecins civils ne font pas de service ?)

L'ancienneté, s'ils faisaient leur service, serait équitable *parce qu'elle* tient compte de l'âge, de l'expérience acquise et que le grade a pour conséquences les frais d'entrée en campagne, la retraite en cas de blessures, la pension pour la veuve en cas de mort sur le champ de bataille.

Le choix est seul usité, paraît-il, parce que l'intérêt du service doit primer l'intérêt de chaque officier de santé. — La grande difficulté de l'équitable répartition des grades réside en effet dans le fait que les médecins-majors de 2e et de 1re classe deviennent, dans bien des circonstances, des chefs de corps, qui en vertu de l'autonomie acquise *au service de santé militaire*, se trouvent responsables à un haut degré et détiennent des pouvoirs considérables.

Qu'un *médecin-major* ne soit pas parfaitement au courant de la *comptabilité, de la réquisition, des règles disciplinaires*, etc., et il tombera fatalement sous l'influence, sous la dépendance des officiers comptables. Dès ce moment l'esprit de la loi militaire serait vicié, au grand détriment du corps de santé. En un mot, il faut au médecin civil la connaissance, les aptitudes de son emploi ; aptitudes, connaissances que ne possèdent pas la généralité des médecins civils.

L'avancement exceptionnel attribué au médecin dont parle notre correspondant pourrait être explicable seulement s'il possédait ces aptitudes, ces connaissances à un degré exceptionnel.

Préoccupés de ces questions, nous avons fait

tous nos efforts pour être renseignés et voici ces que nous pouvons ajouter.

L'organisation du service de santé est en période de transformation. L'autorité supérieure s'en préoccupe ; elle est disposée à être large en ce qui concerne l'octroi du second galon, du grade *d'aide-major* de *première classe* qui, en général, ne donne pas à ce gradé une autorité telle que l'insuffisance de ses connaissances administratives puisse avoir des conséquences graves.

Il n'en est pas de même des grades de *médecin-major de 2e et de 1re classe* qui ne peuvent être attribués qu'aux médecins civils, qui posséderont à fond les connaissances administratives techniques.

C'est dans les manuels, dans les ouvrages spéciaux que ces connaissances peuvent s'acquérir. c'est par un concours, un examen spécial, que les médecins civils qui aspirent à ces grades devraient être admis à prouver qu'ils les possèdent. C'est dans certains services militaires qu'ils devraient pouvoir aller faire leur apprentissage.

Nous croyons qu'on veut donner ces facilités et alors les connaissances spéciales seront la justification de l'avancement.

Sans doute, alors, on verra encore des anomalies, des jeunes gens supérieurs à de vieux praticiens, etc.. Le grade de médecin-major est déjà réservé aux médecins professeurs, aux agrégés, etc...

Mais, en somme, la mobilisation n'est pas une situation ordinaire. Les guerres sont rares et elles seront probablement de courte durée. Le service du médecin civil est une dette qu'il paye au pays ; il a eu le *privilège* de ne faire qu'une année de service militaire ; en cas de guerre il est appelé pour un temps variable ; ce n'est pas une carrière pour lui ; on l'utilise selon ses aptitudes ; on lui fait, ou au moins on doit lui faire, une situation acceptable, en rapport avec les services qu'il peut rendre. Il doit faire son apprentissage d'obéissance, de subordination, dans un service de préservation nationale.

Nous concluons de ces considérations qu'assurément des améliorations doivent être introduites dans l'organisation du service de santé autonome de nos armées. Nous pouvons ajouter que bientôt, paraîtra un décret en préparation. Il comblera les lacunes et en tout cas, dès maintenant, l'octroi du 2e galon d'aide-major est plus libéralement accordé aux médecins civils qui se trouvent dans les conditions requises pour l'obtenir.

A. C.

Révision de la législation.

Floirac (Gironde), 5 décembre 1889.

Monsieur et très honoré Directeur,

La revision de la législation médicale vient de faire son premier pas dans la nouvelle Chambre. Les projets présentés par le Dr Chevandier, et l'ancien ministre M. Lockroy, vont incessamment être renvoyés à l'examen des commissions.

Ces deux propositions diffèrent en des points essentiels, et notamment sur la question des deux ordres de médecins, maintenus dans le projet Lockroy, malgré tout ce qui a été dit pour la suppression de ce second ordre que rien ne justifie, pas même le nom, qui n'a aujourd'hui aucune signification rationnelle.

Le projet du Dr Chevandier a le mérite incontestable de combler les desiderata de la grande majorité des médecins. Tous les syndicats en ont été saisis et ont formulé leur opinion, et, à part quelques observations de détail, près de 3,000 médecins ont ratifié l'ensemble de ce projet.

Avant de déposer son projet, l'ancien ministre du Commerce s'est entouré des conseils d'hommes éminents, et tout en rendant le juste hommage qui revient à nos sommités médicales, nous devons cependant constater qu'ils connaissent peu nos besoins et que la sphère dans laquelle ils planent est trop opposée à la nôtre pour qu'ils puissent les apprécier et surtout y porter remède.

C'est donc le projet Chevandier approuvé par les syndicats que nous devons faire aboutir.

— Aide-toi, le ciel t'aidera — cette maxime nous dicte notre devoir. Tous les médecins et surtout les ruraux ont des rapports avec les députés de leur région qu'ils ont plus ou moins contribué à faire élire. C'est le moment de demander à nos représentants un témoignage de leur gratitude en votant le projet qui leur est soumis.

Tous les syndicats devraient donc au moment opportun déléguer un ou plusieurs de leurs membres pour se réunir à Paris et se mettre en communication avec la commission chargée d'examiner le projet de loi. Ils verraient en même temps les députés et les sénateurs de leur région.

Je crois dans ces conditions la victoire assurée, et j'ai confiance que les syndicats comprendront aussi qu'elle est à ce prix.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré directeur, l'expression de mes salutations les plus distinguées.

Dr Creuzon.

P. S. Les syndicats se réunissant presque tous dans la première partie de janvier pour l'élection du Bureau, ma proposition pourrait leur être soumise à ce moment.

« Nous nous associons entièrement à la forme sous laquelle notre correspondant exprime le désir que nous avons si souvent formulé. »

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat de Montaigu (Vendée).

La Boissière-de-Montaigu, le 29 novembre 1889.

A Monsieur Barat-Dulaurier, *président de l'Union.*

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous informer que les membres du syndicat de Montaigu-Vendée, convoqués en réunion extraordinaire le 18 de ce mois pour juger le différend survenu entre le président et le vice-président et ne pouvant se prononcer en faveur de l'un ou l'autre, ont décidé de procéder à de nouvelles élections.

Ils expriment aux membres de l'ancien bureau toutes leurs sympathies en même temps que leurs remerciements pour leur dévouement à l'œuvre syndicale.

Ont été élus :

Président : Dr Eon (Les Essarts, *Vendée*).

Vice-Président : Dr Bailleteau (Saint-Philbert, de Grandlieu, *Loire-Inférieure*.)

Secrétaire-trésorier : Dr Coudrin fils (La Boissière-de-Montaigu, *Vendée*).

Veuillez agréer,

Dr COUDRIN fils.

Cercle de Nantes.

Séance du 24 mai.

Présidence de M. le Dr PORSON, président.

Sont présents : MM. Luneau, Patoureau, Destez, Porson, Grimaud, Couëtoux, Berneaudeaux, Joüon, Bertin, de Larabrie, Lerat, Altimont, Chachereau, Lacambre, Polo, Crimail, Pérochaud, Blaizot, Dorain, Plantard.

Procès-verbal lu et adopté.

M. le Président donne lecture de la lettre publiée dans le *Concours Médical* par la commission du Congrès professionnel. L'Association générale des Médecins ayant mis à son ordre du jour l'étude de la question sur l'indemnité en cas de maladie, il n'y a pas lieu d'agiter cette question dans un Congrès ; en conséquence, le Congrès professionnel est ajourné.

MM. Luneau et Teillais, qui avaient été délégués au Congrès professionnel, sont chargés, à l'unanimité des membres présents, d'aller représenter le Syndicat au Congrès pour l'Assistance publique.

M. le Président annonce au Syndicat que M. Lande, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux et fondateur de la Caisse de retraite, voudra bien, dans le courant du prochain mois, venir nous faire une conférence sur le fonctionnement de cette caisse et son utilité. Tous les Médecins de la Loire-Inférieure seront convoqués à cette conférence.

M. Porson expose ensuite qu'il a semblé au Bureau que quelques articles des statuts devraient être modifiés. M. Grimaud objecte que nous ne pouvons ainsi modifier nos statuts, il nous faut pour cela une autorisation. On lui répond que nous ne sommes ni autorisés, ni reconnus ; nos statuts sont donc modifiables selon les décisions de l'Assemblée générale. Ne pourrait-on, par exemple, décider que l'on admettra le vote par lettre ? — L'Association, consultée, répond qu'elle s'en remet aux soins de son Bureau, qui sera chargé de présenter à la prochaine Assemblée générale les modifications qu'il croira devoir apporter.

On procède à l'élection des nouveaux membres.

Votants............ 20
Majorité absolue...... 11

M. Abeille obtient 15 oui, — 4 non, — 1 bulletin blanc.

MM. Branchu et Bichon sont admis à l'unanimité.

M. le Président donne lecture d'une lettre d'un de nos collègues du Syndicat, qui se demande quelle doit être la conduite du médecin ordinaire de la famille, quand un membre de cette famille, étant allé consulter un chirurgien, a reçu de ce dernier l'avis qu'une opération était urgente.

Doit-il conseiller de voir un autre chirurgien ?

Doit-il se prêter à l'opération, même s'il la considère comme inopportune ?

M. Luneau répond que le médecin de la famille, ami de la famille, doit, pour donner son avis, écouter seulement sa conscience, et déclarer franchement l'opération inopportune, s'il la juge telle.

M. Couëtoux s'avoue l'auteur de la lettre et estime que la manière de conclure de M. Luneau est par trop simple. Il pense que le médecin qui reçoit par écrit la consultation du spécialiste avec son avis motivé, doit s'incliner devant cet avis et accepter de servir d'aide, ou tout au moins réclamer une consultation. On lui objecte que cette manière de faire de la part d'un chirurgien ne dénoterait pas une très grande délicatesse chez ce dernier ; c'est à lui qu'il incombe de provoquer une consultation avec le médecin ordinaire avant d'émettre un avis aussi radical. Si alors la consultation n'aboutissait pas, on pourrait s'adjoindre un troisième confrère. Mais, en aucun cas, le médecin ne pourra se laisser abaisser au rôle d'infirmier par un chirurgien qui voudrait lui imposer un avis sans consultation préalable.

Tel est l'avis unanime du Syndicat.

M. le Président annonce enfin que M. le Préfet a signé ces jours derniers l'arrêté qui institue la Commission de l'Assistance publique dans les campagnes.

La séance est levée à 10 heures.

Séance du 13 juin 1889.

Présidence de M. le Dr PORSON, président.

Après une conférence très intéressante de M. Lande sur les Caisses de pensions de retraite du corps médical français, conférence pendant laquelle l'orateur nous a tenus plus d'une heure sous le charme de sa parole claire et facile et a converti à ses idées plusieurs de nos confrères, M. le Président ouvre la séance.

17 membres sont présents.

On procède immédiatement au vote sur l'admission des nouveaux membres.

MM. Malherbe, Rouxeau et Chauvet sont admis à l'unanimité.

Un cas d'exercice illégal de la médecine à la charge d'un employé des Chemins de fer de l'État vient d'être dénoncé au parquet. Le charlatan en question aurait trouvé le moyen de diagnostiquer le ver solitaire, en l'entendant siffler, par l'auscultation à nu des cuisses de la malade.

Moreau fils vient d'être condamné à 15 francs d'amende pour soins donnés à une femme atteinte de fracture du radius.

Enfin, M. le Président annonce que la Commission départementale d'études de l'Assistance médicale et pharmaceutique des indigents du département vient d'être constituée par le Préfet. Il engage les membres du Syndicat qui font partie de cette Commission à se réunir dans le plus bref délai pour étudier la question, afin de ne pas arriver les mains vides quand le Préfet les convoquera.

La séance est levée à 6 heures.

Séance trimestrielle du 30 juillet 1889.

Présidence de M. le Dr PORSON, président.

Sont présents : MM. Porson, Destez, Patoureau, Berneaudeaux, Joüon, Chauvet, Crimail, Lecambre, Perrion (d'Oudon), Teillais, Dorain, Chachereau, Blaizot, De France (de Champtoceaux),

Gonichon (de Monnières), Devin (de Saint-Herblain), Tremoureux (de Nort), Bertin, Plantard, Chantereau (do Saint-Etienne), Pérochaud.

M. Porson lit le prononcé d'un jugement condamnant Moreau fils à 15 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

Une autre affaire a été également jugée conformément à nos désirs ; il s'agit d'un nommé Roux. Ce charlatan avait répandu à profusion un prospectus vantant, outre mesure, le topique armoricain qui guérit les cors aux pieds et les yeux chargés de sang, les coups de couteaux et les coups de pieds, etc., etc. Le tribunal a infligé à Roux 15 francs d'amende pour exercice illégal, 200 francs pour distribution de ses prospectus.

Les modifications aux statuts présentées par le Bureau sont adoptées à l'unanimité.

MM. Samson et Bécigneul sont admis à l'unanimité.

La séance est levée à 5 heures.

Séance du 30 août 1889.

Présidence de M. Destez, vice-président.

Sont présents : MM. Destez, Chauvet, Joüon, Crimail, Chachereau, Blaizot, Pérochaud.

MM. Lequeux, Voyer, Charrier sont admis à l'unanimité.

La séance est levée à 8 h. 20.

Le secrétaire général,
Dr Luneau.

Le Secrétaire des séances,
Dr Pérochaud.

Association Syndicale des Médecins de la Haute-Saône. (*Suite et fin.*)

Rapport de M. Massin.

Messieurs et Honorés Confrères,

Je me permets de prendre la parole pendant quelques instants pour une communication nécessaire.

Je demanderai d'abord que nous remerciions nos Confrères qui font partie du Conseil général, pour avoir obtenu de cette Assemblée le vote des fonds nécessaires à l'application de la loi Roussel dans la Haute-Saône.

Je ne reviendrai pas sur les considérations qui m'ont fait, l'année dernière, insister sur la mise en pratique de la loi du 23 décembre 1874 dans le département. Je me contenterai de dire que la dépopulation en France ne fait que continuer ; qu'ainsi, en 1887, sur 899,338 naissances, il est mort 185,000 enfants dans la première année, auxquels il faut ajouter 45,000 morts-nés, ce qui fait un déchet total de 230,000 morts, plus du quart ; qu'en outre, d'après M. Lagneau, dans une séance de l'Académie de médecine tenue en octobre dernier, la natalité en France est à peine de 3 enfants par ménage (exactement 2,97) ; que toute famille dont le croît n'est en moyenne que de trois enfants par génération tend à disparaître, et que, pour qu'une famille augmente, il faut que chaque génération se chiffre au moins par quatre enfants ; toutefois, s'il nous faut désespérer de voir augmenter le nombre des naissances, il est moins difficile de diminuer la mortalité.

Or, indépendamment de la loi Roussel, examinons ce qui a été fait pour atteindre ce but.

On a augmenté le service des enfants moralement abandonnés, service qui a pour but de recueillir les pauvres petits êtres nés de parents indignes, voués presque toujours à une mort certaine.

Dans le même but, on a construit de nouveaux *Sanatorium* (hospices maritimes) où, on peut l'affirmer sans crainte, la santé est rendue à des milliers d'enfants souffreteux.

Dernièrement, en 1888, grâce à la virulente campagne des hygiénistes contre le surmenage scolaire, on a créé la ligue nationale de l'éducation physique, la ligue qui a pour but de développer la puissance musculaire des enfants et de donner à la jeunesse la force, la hardiesse et l'endurance nécessaires aux impérieuses exigences de la défense nationale.

Dans le cours de la discussion de la loi de finances pour 1890, la Chambre des députés, sur la proposition de M. le docteur Javal, a adopté la proposition suivante : « Les pères ou mères de sept enfants seront exempts du paiement des contributions personnelle et mobilière. »

Entre temps, même un peu avant ces sages innovations, avait surgi l'Institut Pasteur, dont la méthode des inoculations préventives est appelée sous peu à ouvrir une nouvelle ère médicale dans le monde entier et à faciliter l'art de guérir *tutò, citò et jucundè,* rêve de toutes les écoles anciennes et modernes, car, certainement, les découvertes pastoriennes sont incontestables. Les Allemands ont tout fait pour prendre M. Pasteur et ses élèves en faute, mais ils ont dû abandonner leurs critiques.

Enfin, nous dirons, pour rentrer dans le même ordre d'idées humanitaires, et c'est précisément ici que je tiens à appeler tout spécialement l'attention de l'Assemblée :

1° Que M. le Ministre de l'Instruction publique a pris, le 29 décembre 1888, un arrêté prescrivant la vaccination dans les écoles primaires ;

2° Qu'un peu avant le 21 novembre 1888, M. le ministre de la guerre avait complètement organisé l'important service de la revaccination, en la rendant obligatoire pour tous les hommes appelés sous les drapeaux à un titre quelconque, et que, pour en faciliter l'application, il avait créé, dans tous les grands centres militaires, des Instituts vaccinogènes;

3° Qu'en outre, à la date du 6 avril dernier (1889), M. le Ministre de l'Intérieur a décidé, sur l'avis du Conseil d'hygiène de la Seine, que, pour pouvoir s'installer à Paris pendant la période de l'Exposition, tous les nomades, marchands forains, saltimbanques devraient être revaccinés.

Ces mesures de précaution étaient indispensables, car, en 1888-1889, la variole a existé partout, et plus spécialement :

Sur les bords de la mer, dans les cantons de Douarnenez et de Pont-l'Abbé (Finistère) ;

Sur mer, à bord de l'*Iphygénie,* navire qui a été obligé de faire quarantaine aux Canaries ;

Dans nos colonies du Sénégal, de la Martinique et en Algérie ;

Dans les garnisons de Toulon, Vincennes, Aurillac, Longwy et le Havre ;

Au grand séminaire de Soissons ;

Dans le département du Gard ;

Dans la ville de Lyon ;

Enfin, à Paris, à l'état endémique.

Au surplus, ces apparitions multiples de la variole n'on rien d'étonnant, car nous lisons dans l'ouvrage que M. Pierre Fleury, inspecteur des enfants assistés dans la Creuse, a publié, en 1881

sur les causes de la dépopulation française, page 51, que cette maladie fait annuellement, en France, 30,000 victimes.

Le même auteur nous apprend de plus qu'en France, les vaccinations sont aux naissances dans une proportion de 64 0/0, et, eu Italie, de 73 0/0, nous démontrant, chiffres en mains, que plus du tiers des Français ne sont pas vaccinés.

Mentionnons ici l'opinion de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, émise au Congrès international d'hygiène et de démographie, réuni sous sa présidence au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le 4 août 1889.

Après avoir montré que, pour les maladies exotiques, nous pouvons mettre la patrie à l'abri des désastres qui suivent l'invasion de la fièvre jaune et de la peste, M. Brouardel insiste sur les devoirs qui incombent à l'Etat relativement à la variole, que l'on peut qualifier dès maintenant de maladie évitable. Chaque année il meurt en France, par suite de variole, 30,000 individus, ainsi que nous l'avons dit plus haut. « La mort de chacun d'eux, « dit l'éminent professeur, est un crime; nous pé« cherions par grave négligence si nous ne le pro« clamions pas à haute voix. »

Nous venons de parler de la France et de l'Italie au point de vue de la vaccine ; mais c'est surtout l'Allemagne qui a su mettre à profit cette importante découverte, qui date d'un siècle exactement (1879).

Les Instituts vaccinogènes sont très nombreux dans ce pays, et il serait à souhaiter que la vaccination de la génisse à l'homme se pratiquât partout comme dans cette contrée, où on ne se contente pas de prendre du vaccin sur le pis de la bête, mais où, pour plus de sûreté, on tue l'animal pour en faire l'autopsie, et alors seulement, s'il n'a pas de maladie transmissible, on recueille et on livre la pulpe vaccinale.

Mais pourtant, si, en 1887, il n'y a eu que 35 décès occasionnés par la variole dans tout l'Empire germanique, ce beau résultat doit surtout être attribué à l'obligation de la vaccination renfermée dans une loi votée à une grande majorité par le Reichstag en 1874.

Voici la teneur des deux premiers articles de cette loi :

« La vaccination est obligatoire pour tout en« fant avant qu'il ait atteint l'âge de deux ans, « s'il n'a pas eu la petite vérole avant ce terme. »

« La revaccination est obligatoire pour tout éco« lier, et doit s'opérer pendant l'anuée où il a at« teint la douzième année de son âge, à moins ce« pendant qu'on ne puisse prouver que cet en« fant a eu la petite vérole pendant les cinq der« nières années, ou qu'il a déjà été revacciné. »

Sont responsables de l'inexécution de cette loi : les parents d'abord, les instituteurs et les Médecins ensuite, et, outre des amendes de 25 à 300 marks, la peine de la détention pendant trois mois y est insérée.

Comme contre-épreuve de cette loi, on peut citer le cantou de Zurich, en Suisse, qui, depuis que la loi d'obligation de la vaccine a été retirée, c'est-à-dire depuis 1883, a vu la mortalité variolique annuelle s'élever de 8 à 85 pour 100,000 habitants.

Nous venons de faire voir que l'Allemagne a presque rayé la variole des causes de décès de sa population ; l'influence germanique devrait bien s'imposer ici, comme elle s'est imposée pour la loi militaire : nous y gagnerions un corps d'armée annuellement. Mais, en France, la liberté, voilà l'obstacle ; on respecte même celle du chien, au risque d'attraper la rage, maladie qui est aussi très rare en Allemagne, où les chiens errants sont impitoyablement abattus.

Mais, puisqu'enfin MM. les Ministres s'occupent sérieusement d'hygiène et veulent combattre la variole, citons ici en entier l'arrêté modifiant l'article 2 du Règlement scolaire, modèle des écoles primaires, tel qu'il a été inséré à la fin du numéro de janvier du *Bulletin de l'Instruction primaire de la Haute-Saône* :

« Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

« Vu le décret et l'arrêté du 18 janvier 1887,

« Vu le Règlement scolaire, modèle des écoles primaires,

« Le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

« Arrête :

« L'article 2 du Règlement scolaire, modèle des écoles primaires élémentaires, est modifié ainsi qu'il suit :

« Tout enfant dont l'admission est demandée doit présenter à l'instituteur uu bulletin de naissance et un certificat médical constatant qu'il a été vacciné ou qu'il a eu la petite vérole, et qu'il n'est pas atteint de maladies ou d'infirmités de nature à nuire à la santé des autres élèves.

« Lorsque l'enfant aura atteint sa dixième année, il doit, pour être admis ou maintenu dans l'école, être revacciné par les soins du médecin attaché à l'école ou délégué à cet effet par l'Administration scolaire.

« L'instituteur doit conserver le bulletin de naissance et les certificats de vaccine et de revaccination, taut que l'enfant fréquente l'école. »

Cet arrêté renferme une indication sérieuse : au-dessus de dix ans, le bénéfice de la vaccination est moindre, parce que l'immunité commence à s'épuiser, et la revaccination devient nécessaire.

Nous en avous acquis la preuve par nous-mêmes en pratiquant, cette année, dans les écoles primaires, plus de cinquante revaccinations qui, toutes, ont réussi parfaitement.

De tout ce qui précède, et c'est sur ce point que nous avons voulu insister, il résulte que la variole, grâce à la méthode préventive bien appliquée des vaccinations et des revaccinations, ne devrait pas exister dans notre pays à l'état d'*épidémie nationale*, et aggraver d'une façon permanente les causes de notre dépopulation, car, ainsi que nous l'avons dit, cette affection occasionne en France 30,000 décès, et seulement 35 en Allemagne.

Après avoir constaté une infériorité aussi préjudiciable, et pour diminuer dans la mesure du possible cette immense hécatombe, il ne nous reste plus qu'à prier nos Confrères du Conseil général de demander, dans la Haute-Saône, l'application de l'arrêté précité du 29 décembre 1888, qui réglemente l'inspection médicale dans les écoles primaires, comme, du reste, elle a déjà lieu dans les lycées, conformément à la circulaire du 1er mars 1888 (1).

Dr MASSIN,
Délégué près l'arrondissement de Gray.

(1) La proposition du docteur Massin concernant l'Inspection médicale dans les écoles primaires a été adoptée par l'Assemblée générale.

Bilan de la Caisse syndicale par le Trésorier docteur Voisard.

Recettes	3.525 fr.	87
Dépenses	531	45
Différence	2.994	42

Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français.

Le procès verbal reproduit le compte rendu de M. Verdalle, publié dans le *Concours* en mai 1889.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour l'année 1890.

(*Les Concours seront clos fin février 1890.*)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.)

Question : *Des pelades.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 francs (Annuel.)

Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 800 francs. (Bisannuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Barbier. — 2200 francs (Annuel.)

Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs sera partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Capuron. — 100 francs. (Annuel.)

Question : *De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier.*

Prix Civrieux. — 900 francs. (Annuel.)

Question : *Des névrites.*

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.)

Question : *De la leucémie.*

Prix Desportes. — 1300 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. — 1000 francs. (Bisannuel.)

Question : *Des folies diathésiques.*

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.)

Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz). — 1200 fr. (Quadriennal).

Question : *Traitement abortif de l'anthrax.*

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1000 francs. (Annuel.)

Question : *De l'éducation des organes des sens de la vue et de l'ouïe dans la première et la deuxième enfance.*

Prix Laborie. — 5000 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laval. — 1000 francs. (Annuel.)

Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre. — 1800 francs. (Triennal.)

Question : *De la mélancolie.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). 2600 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs.

M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Orfila. — 2000 francs. (Bisannuel.)

Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?*

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. — (Chirurgie).

Prix Perron. — 3.800 fr. (Quinquennal.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal. — 800 francs. (Annuel.)

Question : *Du mal perforant.*

Prix Pourat. — 1.200 francs. (Annuel.)

Question : *Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires.*

Prix Saint-Lager. — 1500 francs.

Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saint-Paul. — 2500 francs.

M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Aca-

mie une somme de 25,000 francs, pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphtérie*.

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphtérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Stanski. — 1800 francs. (Bisannuel.)

Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel.)

Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

REPORTAGE MÉDICAL

C'est en *Belgique* que vient de se produire le fait suivant :

Le Dr *Deschamps*, chirurgien-adjoint à l'hôpital des Anglais, récompensé par le roi, pour ses travaux sur la chirurgie orthopédique, a pratiqué dans cet hôpital, sur un enfant de 3 ans 1/2, une opération d'ostéotomie qui s'est compliquée de gangrène et a nécessité l'amputation de la jambe. Le tribunal civil de 1re instance de *Liège* a condamné M. Deschamps à payer à l'enfant 9,000 fr. et 1,000 fr. au père, qui prétend n'avoir pas été appelé à consentir à l'opération et que M. Deschamps dit dans ses ouvrages qu'il est d'avis qu'il faut attendre 6 ans pour pratiquer les ostéotomies et les ostéoclasies.

L'affaire est en appel et nous espérons bien un acquittement, pour que les chirurgiens belges puissent ne s'inspirer que du bien de leurs malades.

— Dans l'*Union médicale*, *Simplissime*, après avoir raconté l'insuccès de la tentative d'une femme belge qui sous prétexte d'endométrite, avait induit un médecin en pensée de cathétérisme explorateur, pour se procurer un avortement officiel et sans frais, continue en ces termes :

« Dernièrement, un de nos bons amis, un de nos très sympathiques confrères, est appelé en hâte chez une dame de son voisinage... C'était pour une fausse couche, provoquée sans aucun doute. D'ailleurs, il y avait dans le fond de la chambre une accoucheuse qui y faisait triste mine.

Après avoir prescrit et indiqué les soins nécessaires, notre ami se retire, et sur le pas de la porte, attirant l'accoucheuse, lui dit : « Voyons, Madame, avouez que vous y êtes pour quelque chose ?

« Och ! qu'est-ce que vous voulez, monsieur le docteur, dit-elle en ce joyeux français que vous connaissez, il faut bien faire ça pour vivre, depuis que les médecins font des accouchements ! »

Je termine sur ce mot extraordinaire. Toute réflexion en diminuerait l'énormité. »

— Un médecin allemand, appelé en consultation par la famille du roi de Portugal, a reçu le don royal de cent mille francs d'honoraires.

— M. Gournay, pharmacien de Passy, dont l'erreur involontaire a amené la mort d'un de ses clients a été plus rudement frappé par la justice que les charlatans qui, chaque jour, produisent par leur pratique d'aussi funestes résultats. A-t-on jamais vu un illégal puni de 40,000 fr. de dommages et intérêts au profit de ses victimes ?

BIBLIOGRAPHIE

Nous recommandons à ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à la grande question du *tout à l'égout* la savante brochure de MM. P. *Chastaing* et *Barillot* : recherches sur l'utilisation des Eaux Vannes.

Voici leurs conclusions :

A. La purification des eaux vannes par les procédés chimiques seuls est réalisable ; elle peut être faite dans des conditions suffisantes pour permettre le rejet direct à la rivière, sans émanations insalubres et dans des conditions rémunératrices.

La méthode chimique donne actuellement de bons résultats. Elle donnera certainement mieux.

B. La purification des eaux vannes par le sol et la culture est également réalisable, mais dans des conditions spéciales bien déterminées, et toujours onéreuses.

Remarquons qu'il n'est point toujours possible de réunir l'ensemble des conditions nécessaires à son application.

La culture maraîchère n'est pas suffisante, il faut envoyer ces eaux dans les forêts, les pépinières, les prairies, etc.

C. Il est évident que la méthode chimique est moins coûteuse.

Conclusion pour la ville de Paris. — Considérant les résultats donnés par la méthode chimique spéciale étudiée par nous ; considérant les propriétés de l'eau après purification par cette même méthode ; considérant les rapports de volume de la Seine et des eaux d'égout de Paris ; on peut, après purification, rejeter directement sans aucune crainte les eaux à la Seine.

Publications du PROGRÈS MÉDICAL,
14, rue des Carmes, Paris.

Guide médical à l'Exposition universelle internationale de 1889 à Paris, par Marcel Baudouin, avec la collaboration de MM. P. Achalme, G. Capus, P. Kéraval, L. Lamotte, A. Raoult, L. Regnier, A. Rousselet. — Vient de paraître le 2e fascicule : Anatomie. — Thérapeutique. — Pharmacologie. — Microbiologie. — Hygiène. — Assistance publique. — Volume in-8° de 129 pages, avec 24 figures. Prix 2 fr. 50. — 1er Fascicule. Prix 2 fr. 50.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Chibrac (Auguste), de Faye-aux-Loges (Loiret), présenté par M. le docteur Louis Chibrac.

M. le Dr Fleurot, de Précy-sur-Thil (Côte-d'Or), présenté par M. le docteur Grognot, de Milly (Seine-et-Oise).

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Onzième année | N° 52 | 28 Décembre 1889

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'épidémie de grippe.

On s'est un peu trop hâté de déclarer si bénigne l'épidémie de grippe que nous traversons. Il n'y a pas seulement à tenir compte de la prodigieuse morbidité, par suite de laquelle la moitié de la population parisienne a été entravée dans ses affaires ou ses plaisirs ; mais l'aspect clinique de la maladie s'est modifié. Au lieu de cette indisposition insignifiante qui, malgré ses débuts tapageurs, la céphalalgie intense, la courbature et les vomissements, prenait fin en trois ou quatre jours, nous avons vu s'installer la grippe classique avec sa détermination trachéo-bronchique et ses complications pulmonaires ; la bronchite capillaire, l'hypérémie du poumon, la broncho-pneumonie, ont fait leur apparition et ont déjà causé de terribles accidents.

Nous déplorons la perte du professeur *Damaschino*, enlevé en quelques jours à la science, et à ses élèves qui étaient tous ses amis. M. Damaschino, âgé seulement de 50 ans, professeur de pathologie interne depuis six ans, était lui-même l'élève chéri de M. Henri Roger, avec lequel il avait fait de remarquables recherches sur certaines maladies du système nerveux chez les enfants. Il avait aussi publié sur les maladies du tube digestif un volume de leçons qui a été réédité plusieurs fois.

D'ailleurs, la science médicale vient encore de faire une perte sensible dans la personne du professeur *Botkin*, de Pétersbourg, médecin ordinaire du tzar. M. Botkin qui était venu nous visiter l'an dernier, avait reçu de nos maîtres à Paris, notamment de M. Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin, le plus sympathique accueil. On savait qu'il aimait la France. On estimait ses travaux sur la fièvre, sur la thérapeutique des maladies du cœur ; il a été le premier à préconiser l'emploi du muguet (convallaria maïalis).

A Pétersbourg, où la grippe sévit comme dans toute l'Europe, on a observé, disait M. *Sée* à l'Académie mardi dernier, les mêmes aspects cliniques : formes nerveuses, formes gastriques, formes catarrhales. Les bronchites et les pneumonies catarrhales sont là-bas, comme ici, les causes de mort chez les sujets qui souffraient antérieurement d'affections des bronches ou du cœur (c'était le cas du regretté Damaschino).

M. Sée dit que les phthisiques — suivant une remarque faite par les médecins de Berlin — supportent très bien la grippe. Personnellement nous venons pourtant d'observer deux tuberculeux dont l'évolution lente a subi un coup de fouet terrible de la part de la grippe. M. Sée incline à reconnaître à la grippe une origine infectieuse, il invoque à l'appui de cette manière de voir la fréquence des broncho-pneumonies et une augmentation notable du volume de la rate, (ce dernier point ne nous paraît pas démontré, nous avons trouvé la rate plus souvent normale que tuméfiée).

M. Dujardin-Beaumetz est de ceux qui sont portés à voir beaucoup d'analogie entre l'influenza actuelle et la dengue.

M. *Le Roy de Méricourt* maintient qu'il s'agit bien de la grippe ; une épidémie semblable à celle que nous traversons a été décrite en 1742 sous le nom d'*influence*, qui nous revient aujourd'hui dans une langue étrangère.

M. *Rochard* tient aussi pour la grippe. Quant aux rash il en attribue la fréquence à l'abus que beaucoup de personnes font de l'antipyrine même avant d'avoir vu le médecin.

M. Sée a répliqué qu'il avait vu des rash chez des individus n'ayant pris que de la quinine ; — nous en avons vu plusieurs chez des gens qui n'avaient encore pris aucun médicament.

L'Académie de médecine s'est encore occupée dans sa dernière séance de la prophylaxie et de l'étiologie de la tuberculose. MM. Vallin, Lagneau, Leudet, ont pris tour à tour la parole. Nous reviendrons ultérieurement sur leurs appréciations.

M. Tarnier a été élu vice-président pour 1890.

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE

I. De la grossesse extra utérine. — II. Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus. — III. Traitement de la dysménorrhée. — IV. Sur le diagnostic de la grossesse gémellaire.

I. De la grossesse extra-utérine (1).

C'est un mémoire des plus instructifs et qui ne supporte guère l'analyse, en raison même de l'intérêt des détails, que celui consacré par notre excellent maître le Professeur Pinard à la grossesse extra-utérine : il relate trois observations de grossesse extra-utérine pour lesquelles il fut obligé d'intervenir par la laparotomie ou par l'élytrotomie : ces trois opérées guérirent.

Après avoir fait ressortir les points saillants de chacune de ces observations, M. Pinard aborde différentes questions relatives au traitement.

Une grossesse extra-utérine, ayant évolué à peu près jusqu'à terme, étant reconnue, le fœtus étant mort, que doit-on faire ? On ne peut conseiller l'expectation indéfinie : il serait dangereux de compter sur la transformation du kyste fœtal et de son contenu en lithopédion. On sait, en effet, combien cette transformation a été rarement observée dans les cas où le fœtus s'est développé à peu près jusqu'à terme et combien au contraire les accidents observés pendant la rétention du fœtus mort sont fréquents.

Lorsque l'intervention est résolue, à quel moment doit-on intervenir ? La pluralité des auteurs conseillent de ne pas attendre l'explosion des accidents causés par la suppuration. Sans doute ; mais doit-on opérer aussitôt après la mort du fœtus ? Les opinions sont ici partagées ; M. Pinard pense, avec Kaltenbach, Fraenkel, Litzmann, Werth et Maygrier, qu'à moins d'indications spéciales, il ne faut pas opérer immédiatement après la mort du fœtus. Dans les cas où l'incision porterait sur l'insertion placentaire, une hémorrhagie grave pourrait être à redouter ; or, comme la circulation inter-kysto-placentaire semble disparaître vers la sixième semaine, les dangers de l'hémorrhagie causée par l'incision du placenta ne sont plus à redouter en opérant six semaines environ après la mort du fœtus.

Quant au mode d'intervention, deux procédés sont en présence : *l'élytrotomie* (ouverture du kyste par le vagin) et la laparotomie : la première devra être préférée dans tous les cas où le kyste fœtal plonge profondément dans l'excavation, la vessie et l'utérus ayant été déplacés latéralement et le placenta n'étant pas inséré à la partie inférieure du kyste : l'écoulement du liquide se fait beaucoup plus facilement. Dans les cas où ces conditions n'existent pas, il faut pratiquer la laparotomie.

Lorsque la laparotomie est faite, il ne faut pas chercher à enlever tout le kyste comme si l'on avait affaire à un kyste de l'ovaire : on ne sait jamais à l'avance quelles sont les adhérences et quelles difficultés on pourra rencontrer pendant l'opération ; les hémorrhagies sont à redouter ainsi que les lésions de l'intestin et de la vessie. Il est plus sage, à moins d'être certain qu'il y a peu ou point d'adhérences : 1° d'inciser la paroi abdominale ; 2° le kyste étant à nu, de suturer ses parois aux bords de la plaie abdominale en circonscrivant un espace elliptique, puis d'ouvrir le kyste et d'extraire le fœtus.

Lorsque le fœtus est extrait, il reste une large cavité tapissée en un point par le placenta généralement très développé surtout en épaisseur ; il ne faut pas songer à décoller le placenta, lorsqu'il est encore adhérent, ce qui est la règle lorsqu'on opère quelques mois seulement après la mort du fœtus. Il faut attendre l'élimination spontanée de cet organe.

Voici la méthode employée par M. Pinard pour empêcher la putréfaction et s'opposer autant que possible à la résorption des produits septiques. Après avoir sectionné le cordon à son insertion placentaire, on lave largement toute la cavité kystique avec une solution chaude aqueuse saturée de naphtol B ; puis l'incision abdominale est suturée à sa partie supérieure de façon à ne laisser qu'une ouverture de 6 à 7 cent., suffisante pour laisser passer le placenta lors de son élimination ; deux gros drains sont placés à l'angle inférieur de la plaie et cette dernière recouverte de gaze phéniquée. De l'ouate en assez grande quantité et un bandage de corps compressif complètent le pansement. Matin et soir le lavage du kyste est fait avec la solution de naphtol.

La cavité kystique se comble avec une extrême rapidité. Les parois pressées de toutes parts par la masse intestinale se rapprochent rapidement. En 15 ou 20 jours cette cavité disparaît. De plus, les parois du kyste se résorbent de telle façon qu'après deux mois il n'en reste plus trace.

II.— Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus (1).

Notre ami le Dr A. Chartier préconise ce mode de traitement pour les cas où les injections intra-utérines ne sont pas suffisantes : le principe de cette méthode consiste à faire l'ablation du foyer d'infection par le grattage et à transformer la plaie infectée en une plaie aseptique mise à l'abri des germes de l'air au moyen d'un pansement approprié.

L'opération diffère peu du curage pratiqué pour l'endométrite chronique ; les précautions antiseptiques avant l'opération ne doivent pas être négligées ; quant à la dilatation du col, la plupart du temps elle n'est pas nécessaire ; lorsque le col est fermé, on se sert de préférence des procédés rapides (dilatateur de Sims ou bougies de Hégar). Le ballon dilatateur de M. Champetier de Ribes nous paraît appelé à rendre ici de grands services.

Les instruments nécessaires sont deux valves de Sims, une pince de Museux, un spéculum et des curettes de diverses grandeurs. La femme est placée dans la situation obstétricale : l'utérus est abaissé comme à l'habitude ; on introduit alors la curette doucement et sans force de façon à ne pas blesser le canal cervical. On dirige ensuite l'instrument dans le fond de l'organe et on racle successivement le fond, les angles, les faces postérieure et antérieure, en allant de haut en bas. Quand, après avoir méthodiquement gratté les différentes parties de la matrice, la curette revient à vide, on cesse l'opération. A ce moment tous les opérateurs n'agissent pas de la même façon. Les

(1) *Annales de Gynécologie*, avril 1889.

(1) Thèse. in. 1889.

uns se contentent de faire une injection intra-utérine et ne mettent pas de tampon même dans le vagin. La plupart font suivre le curage d'une cautérisation des parois utérines soit avec le chlorure de zinc, le perchlorure de fer, la teinture d'iode, la glycérine créosotée au 1/3, M. Doléris complète toujours le curage par un écouvillonnage et cautérise à la glycérine créosotée.

Le meilleur mode de pansement consiste à faire un tamponnement intra-utérin avec de la gaze iodoformée, soit à l'aide d'une longue lanière de gaze, soit avec de petits tampons munis de fils. L'utérus rempli, on essuie bien le vagin et les culs-de-sac avec des tampons de coton hydrophile trempés dans du sublimé et préalablement exprimés et on remplit le vagin jusqu'à la vulve de gaze iodoformée de façon à faire une obturation complète. On applique du coton phéniqué sur la vulve et on maintient le tout par un bandage en T.

Le tamponnement peut être laissé en place 24 ou 48 heures. Si on constate une élévation de température on peut le changer plus tôt. En général, un pansement toutes les 24 heures suffit ; chaque fois on fait une injection intra-utérine au sublimé ou à l'acide phénique. Le tampon intra-utérin peut être enlevé au bout de 2 ou 3 jours et il suffit de faire tous les 6 ou 8 jours un simple tamponnement vaginal jusqu'à la vulve. — Le curage ne dispense pas du traitement général (toniques, sulfate de quinine, etc.).

A quel moment doit-on intervenir par le curage ? Doit-on opérer dès qu'on observe une légère élévation de température, un peu d'odeur des lochies ?

Non ; il faut toujours commencer par des injections intra-utérines ; si la température ne cède pas rapidement à l'irrigation utérine, c'est alors qu'on pratiquera le curage. L'intervention est encore indiquée dans les cas où il y a en même temps que les phénomènes infectieux des hémorragies graves.

III. — Traitement de la dysménorrhée (1).

Le Dr J. Chéron recommande l'emploi des injections sous-cutanées d'acide phénique dans la dysménorrhée : il en a obtenu les meilleurs résultats dans des cas où il hésitait à recourir à la morphine et où l'estomac tolérait difficilement les diverses potions calmantes.

La solution qu'il recommande est la suivante :

Acide phénique neigeux.	2 gr.
Eau stérilisée et distillée.	100 gr.

Les injections sont pratiquées à la paroi abdominale, ou dans la masse sacro-lombaire, suivant le siège prédominant des douleurs. Une injection de 5 grammes est faite dès que s'annoncent les règles ; elle peut être répétée, au besoin, 2 et 3 fois dans la journée.

Le mois suivant, les injections seront reprises, à la dose de 10 grammes chaque fois, tous les jours, pendant la semaine qui précède les époques.

Ce moyen, très actif, est inoffensif, puisque M. Chéron a pu souvent, sans inconvénients, injecter sous la peau jusqu'à soixante grammes, en une seule séance, de la solution phéniquée à 2 %.

(1) *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, octobre 1889.

IV. — Sur le diagnostic de la grossesse gémellaire (1).

Le diagnostic de la grossesse gémellaire qui évolue normalement et sans complications est le plus souvent facile à établir, grâce aux signes de certitude que l'on peut constater (existence de deux foyers d'auscultation non isochrones et surtout perception par le palper et le toucher combinés de trois ou quatre pôles fœtaux ou de deux pôles du même nom) ; mais lorsque la grossesse gémellaire, ce qui est fréquent, se complique d'hydramnios et que l'utérus est surdistendu par la grande quantité du liquide amniotique, le diagnostic est particulièrement délicat et la grossesse gémellaire est alors souvent méconnue.

Le Dr Trachet, chef de clinique obstétricale à la faculté de Lille, attire l'attention des praticiens sur un signe, qui, dans certains cas, peut être utilisé pour le diagnostic si difficile de la grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios : ce signe est fourni par le toucher qui constate un état particulier du segment inférieur. Lorsque, par les signes ordinaires, on reconnaît une grossesse compliquée d'hydramnios, si on constate nettement l'absence de tension du segment inférieur et des membranes à son contact en même temps que la tension considérable du reste de l'utérus, alors que les signes de certitude de la grossesse gémellaire font défaut, et c'est ordinairement le cas, on peut, d'après M. Trachet, non seulement soupçonner la grossesse gémellaire, mais la diagnostiquer. La flaccidité du segment inférieur et des membranes en rapport avec lui d'une part, la tension énorme des autres segments de l'utérus d'autre part, sont deux signes contradictoires avec l'hypothèse d'une hydramnios simple ; cette inégalité de tension des diverses parties de l'organe indique évidemment que l'œuf hydropique ne touche pas le segment inférieur, puisqu'il ne le distend pas, et qu'il en est séparé par quelque chose qui ne peut être qu'un second œuf. Le diagnostic de grossesse gémellaire peut, dans ces conditions, être logiquement posé.

M. Trachet aurait pu ajouter que le toucher intra-utérin est utile, dans ces cas-là, pour se rendre compte de la tension des membranes ; c'est un point que nous avons signalé dans un mémoire sur la ponction de l'utérus gravide (*Annales de Gynécologie 1888*), mémoire qui était justement basé sur l'une des deux observations qui ont servi à M. Trachet pour établir ses conclusions.

FORMULES THÉRAPEUTIQUES CONTRE LA GRIPPE

1° Chlorhydrate de quinine. } ãã 0 gr. 30 cent.
Poudre de Dower........ }

Pour un cachet suivi d'un verre de grog léger.

2° Sulfate de quinine........ 1 gr. 50 centigr.
Extrait de quinquina..... 0 gr. 50 »
Extrait de racine d'aconit. 0 gr. 10 »

Pour 10 pilules dont on donnera trois ou quatre par jour.

(1) *Archives de Tocologie*, novembre 1889.

3° Antipyrine.............. 1 à 3 grammes.
Sirop de framboises ou sirop de menthe......... 20 grammes.
Eau....................... 100 »

REPORTAGE MÉDICAL

Il y a eu en 1867 8 millions de visiteurs à l'Exposition, 12 millions en 1878, 28 millions en 1889. Comme on avait, cette année, octroyé 28,000 cartes de presse, d'exposant et de service, on peut compter encore 3 millions d'entrées. Ce qui porte le nombre des visiteurs à plus de trente millions. Il est heureux que l'épidémie de grippe qui nous rend visite n'ait pas coïncidé avec cette migration des peuples vers Paris ; malgré sa bénignité, elle n'aurait pas été sans l'enrayer.

Le *Bulletin médical* confirme nos informations de samedi ; il dit qu'en vertu d'un nouveau règlement sur l'avancement, en préparation, les médecins de la réserve et de la territoriale arriveront régulièrement et assez vite au 3e *galon* ? Nous souhaitons que cet avancement permette l'accès facile au grade d'aide-major de 1re classe ; ce sera déjà beaucoup, en considérant ce qui se passe actuellement.

Les Doyens de la Faculté, les professeurs d'Anatomie de l'Ecole pratique ne sont pas de taille à lutter contre l'inamovible architecte, cet assyrien constructeur de couloirs gigantesques, humides et malsains. Les couloirs, les escaliers ont réduit à trois cents places les 1200 que devait contenir l'amphithéâtre d'Anatomie ? Qui verse donc les fonds si mal employés par Monsieur l'architecte ? Il n'existe donc personne qui ait le droit de lui demander des comptes ?

La Chambre s'est séparée avant d'avoir discuté le projet de loi d'*adduction des eaux de l'Avre* à Paris. Les chaleurs passées, ces questions se refroidissent et, la canicule venue, la distribution de l'Eau de Seine répandra à nouveau, successivement, dans tous les quartiers, à petites doses, la bacille typhogène. On accuse les ingénieurs : c'est aux législateurs qu'on doit s'en prendre !

Le Ministre de la marine, Barbey, innove largement et propose de supprimer les diverses écoles navales, pour n'en créer qu'une seule, sur le modèle de celle du *Val-de-Grâce* et *de Lyon*. On internerait les jeunes gens qui se destinent à la médecine navale et la nouvelle école, fondée peut-être à Bordeaux, serait largement dotée. Il va y avoir bien du bruit à Landerneau ?

Projet de loi sur l'exercice de la médecine. — La commission nommée le 12 novembre, se compose de MM. les Drs Bourgeois, Chevandier, Cosmao-Dumenez, David, Dellestable, Gacon ; de M. Grisez, des Drs Isoard et Langlet, de M. Signard, et du Dr Vachorie.

Les médecins députés. — On compte dans la nouvelle chambre 44 médecins, qui sont :

MM. Amagat, Bizarelli, Bourgeois, Clémenceau, hassaing, Chautemps, Chevandier, Clech, Cosmao-Dumenez, David, Dellestable, Després, Dron, Ducoudray, Ferroul, Froin, Gacon, Guillemaut, Grisez, Haznaut, Herbet, Isoard, Labrousse, Lanessan (de), Langlet, Le Borgne, Legludic, Mahy (de), Mandeville, Marmottan, Merlou, Michou, Quintaa, Rey, Reybert, Raspail (Camille), Signard, Theumier, Thomas, Turigny, Vacher, Vacherie, Vernhes, Viger.

Il y a en outre :

4 pharmaciens, MM. Boudeville, Duval, Lacôte, Leconte ;

2 anciens pharmaciens, MM. Gerbay et Petral.

I vétérinaire, M. Payot, et un chimiste M. Naquet.

Cours complet d'éducation par correspondance. — Mlle Suillet, 11 bis, Passage de la Visitation (près la rue du Bac). — Ce mode d'éducation tend à se répandre de plus en plus, car il répond à un besoin bien manifeste aujourd'hui : le besoin de *l'éducation au sein de la famille*.

Les mères de famille, désireuses de diriger elles-mêmes l'éducation de leurs enfants ; les personnes habitant la province et qui voudraient combler les lacunes d'une éducation incomplète, ou préparer des examens en tireront grand profit.

Le 1er et le 15 de chaque mois, Mlle Suillet expédie en province le programme des devoirs de la quinzaine en même temps que le travail qui lui a été précédemment envoyé et qu'elle retourne soigneusement corrigé et annoté.

Les enfants qui suivent ces cours par correspondance concourent avec les élèves de Paris, ont leurs devoirs notés de la même manière et reçoivent l'indication des places qu'ils ont méritées dans les compositions et concours de fin d'année.

Le prix du cours dans ces conditions est de 15 francs par mois.

Pour les personnes qui réclameraient un programme spécial, d'autres arrangements peuvent être faits, en rapport avec le travail qu'ils nécessitent.

Nous recommandons tout spécialement les cours par correspondance aux femmes des médecins membres du Concours. Les résultats constants sont on ne peut plus satisfaisants et obvient aux inconvénients de l'éloignement des centres d'éducation.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les docteurs Vernières, de Noisiel, Chevalier, de Constantine, Dupasquier, de Varennes-le-Grand, Dupin, de Bordeaux, membres du *Concours Médical*.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Delobel, de Noyon, présenté par M. le docteur Milet, de Noyon.

M. le Dr Mougenc de Saint-Avid, d'Enghien-les-Bains, présenté par M. le docteur de Saint-Avid, de l'Isle-Adam.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY,

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St André, Maison spéciale pour journaux et revues.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1889

Cette Table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. III. Bulletin de l'Union des Syndicats.

I

Partie Scientifique

A

B

O

P

R

S

II

Partie Professionnelle

(Consulter en outre, pour la plupart des questions professionnelles, la troisième partie résumant le BULLETIN DES SYNDICATS)

III

Bulletin de l'Union des Syndicats